

TESE DE DOUTORAMENTO

ASPECTOS MEDICOLEGAIS E CRIMINOLÓXICOS DA VIOLENCIA DE XÉNERO

Mercedes Domínguez Fernández

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL

**PROGRAMA DE DOUTORADO EN AVANCES E NOVAS ESTRATEXIAS
EN CIENCIAS FORENSES**

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2018



DECLARACIÓN DO AUTOR DA TESE

Aspectos medicolegais e criminolóxicos da violencia de xénero

Dña. Mercedes Domínguez Fernández

Presento a miña tese, seguindo o procedemento adecuado ao Regulamento, e declaro que:

- 1) A tese abarca os resultados da elaboración do meu traballo.*
- 2) No seu caso, na tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.*
- 3) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.*
- 4) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio de outros autores nin de traballos presentados por min para a obtención de outros títulos.*

En Santiago de Compostela, a 10 de xullo de 2018.

Asdo. Mercedes Domínguez Fernández



AUTORIZACIÓN DOS DIRECTORES DA TESE

Aspectos medicolegais e criminolóxicos da violencia de xénero

Dna. María Sol Rodríguez Calvo

D. Fernando Vázquez-Portomeñe Seijas

INFORMAN:

*Que a presente tese, corresponde co traballo realizado por Dna. **Mercedes Domínguez Fernández**, baixo a nosa dirección, e autorizamos a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como directores desta non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.*

En Santiago de Compostela, a 10 de xullo de 2018.

Asdo. María Sol Rodríguez Calvo

Asdo. Fernando Vázquez-
Portomeñe Seijas



AGRADECEMENTOS

En primeiro lugar quero dar as grazas a Fiscalía de Área de Santiago de Compostela e a Universidade de Santiago de Compostela porque a súa coordinación fixo posible o desenvolvemento deste proxecto, en especial á Fiscalía que nos proporcionou todos os medios necesarios. Así mesmo quero dar as grazas a todas aquelas persoas que axudaron na difícil tarefa de selección e recollida de datos.

Sobre todo quero dar as grazas ao gran equipo de traballo que me acompañou e guiou durante estes anos. A María Sol Rodríguez Calvo, grazas por darme a oportunidade de realizar este estudio. Sen a túa confianza, apoio constante e orientación este traballo non sería posible. A Fernando Vázquez Portomeñe, grazas pola túa motivación e por guiarme no mundo xudicial. A Isabel María Martínez Silva, por axudarme e orientarme coa estatística e, sobre todo, pola súa paciencia.

E, por suposto, a miña familia e amigos polo seu apoio e comprensión durante todo este tempo.

Grazas.



RESUMO

A violencia de xénero constitúe un importante problema de saúde pública cun gran impacto sociofamiliar, económico e xurídico. O obxectivo da presente investigación foi ampliar o coñecemento da violencia de xénero dende unha perspectiva medicolegal e criminolóxica. En concreto, pretendeuse examinar as características sociodemográficas, determinar as diversas formas de abuso e o seu contexto, así como analizar a actitude das vítimas no proceso xudicial. Realizouse unha revisión de 580 expedientes clasificados como violencia de xénero pola Fiscalía de Área de Santiago de Compostela, con sentenza firme, entre o ano 2005 e 2012.

Comprobouse que se trata dun problema heteroxéneo, destacando diversas características individuais, familiares e sociais, como o predominio de mulleres e homes de nacionalidade española, en idade reprodutiva, con traballo remunerado e nivel socioeconómico baixo. Sete de cada dez mulleres tiñan fillos e frecuentemente convivían co presunto agresor. O número de estranxeiros foi salientable, asociándose a relacións inestables e episodios mais graves. O consumo de alcohol no momento dos feitos relacionase con parellas estables, de maior idade, con relacións violentas de longa duración. A forma principal de maltrato foi a combinación de abuso físico e psicolóxico, cunha media de 6 anos de duración. Os

mecanismos de abuso físico mais comúns foron os empuxóns e agarres, e os de abuso psicolóxico consistiron maioritariamente en ameazas, insultos e humillacións. O maltrato tivo lugar na maioría de casos no domicilio, en presenza de terceiras persoas. A metade das mulleres sufriron múltiples lesións físicas de baixa gravidade, sobre todo contusións e hematomas localizados nos membros superiores ou na cara. O 50% das mulleres precisaron atención sanitaria, realizándose partes de lesións no 35% destes casos e informes de primeira asistencia no 70%. A calidade destes documentos foi baixa, con apartados que se cubriron nunha baixa porcentaxe.

En 2/3 dos casos revisados a sentenza foi condenatoria, sendo o maltrato ocasional o delito mais prevalente, seguido dos delitos de maltrato habitual ou ameazas. En poucos casos se consideraron circunstancias modificadoras da responsabilidade criminal, sendo a mais común a agravante de reincidencia. Constatouse que diversos factores como a presenza de varios mecanismos lesivos, a gravidade das lesións e a existencia de probas documentais se asocian á condena do agresor. En oito de cada dez casos a muller decidiu denunciar os feitos e no 87% testificou no xuízo. A porcentaxe de mulleres que retiraron a denuncia ou modificaron o seu testemuño foi inferior ao 10% e cerca do 15% exerceron o seu dereito a non declarar. A actitude das vítimas á hora de denunciar vese condicionada por determinadas circunstancias sociodemográficas. A convivencia con familiares ou fillos e contar con apoio inflúen positivamente, mentres que relacións breves e o consumo de sustancias no momento dos feitos relaciónanse con que a muller decida desentenderse do proceso penal. Así mesmo, a súa negativa a declarar inflúe, de maneira significativa, na decisión final do órgano xudicial.

RESUMEN

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública con un gran impacto sociofamiliar, económico y jurídico. El objetivo de la presente investigación ha sido ampliar el conocimiento de la violencia de género desde una perspectiva medicolegal y criminológica. En concreto, se pretendió examinar las características sociodemográficas, determinar las diversas formas de abuso y su contexto, así como analizar la actitud de las víctimas en el proceso judicial. Se realizó una revisión de 580 expedientes clasificados como violencia de género por la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela, con sentencia firme, entre 2005 y 2012.

Se comprobó que se trata de un problema heterogéneo, destacando diversas características individuales, familiares y sociales, como el predominio de mujeres y hombres de nacionalidad española, en edad reproductiva, con trabajo remunerado y nivel socioeconómico bajo. Siete de cada diez mujeres tenían hijos y frecuentemente convivían con el presunto agresor. El número de extranjeros fue destacable, asociándose a relaciones inestables y episodios más graves. El consumo de alcohol en el momento de los hechos se relaciona con parejas estables, de mayor edad, con relaciones violentas de larga duración. La forma principal de maltrato fue la combinación de abuso físico y psicológico, con una media de 6 años de duración. Los mecanismos de abuso físico más comunes fueron empujar y agarrar, y los de abuso psicológico consistieron mayoritariamente en

amenazas, insultos y humillaciones. El maltrato tuvo lugar en la mayoría de casos en el domicilio, en presencia de terceras personas. La mitad de las mujeres sufrieron múltiples lesiones físicas de baja gravedad, sobre todo contusiones y hematomas localizados en los miembros superiores o en la cara. El 50% de las mujeres necesitaron atención sanitaria, realizándose partes de lesiones en el 35% de estos casos e informes de primera asistencia en el 70%. La calidad de estos documentos fue baja, con apartados que se cubrieron en un bajo porcentaje.

En 2/3 de los casos revisados la sentencia fue condenatoria, siendo el maltrato ocasional el delito más prevalente, seguido de los delitos de maltrato habitual o amenazas. En pocos casos se constataron circunstancias modificadoras de la responsabilidad criminal, siendo la más común la agravante de reincidencia. Se constató que diversos factores como la presencia de varios mecanismos lesivos, la gravedad de las lesiones y la existencia de pruebas documentales se asocian a la condena del agresor. En ocho de cada diez casos la mujer decidió denunciar los hechos y en el 87% testificó en el juicio. El porcentaje de mujeres que retiraron la denuncia o modificaron su testimonio fue inferior al 10% y cerca del 15% ejercieron su derecho a no declarar. La actitud de las víctimas frente a la denuncia se ve condicionada por determinadas circunstancias sociodemográficas. La convivencia con familiares o hijos y contar con apoyo influyen positivamente, mientras que relaciones breves o el consumo de sustancias en el momento de los hechos se relacionan con que la mujer decida desentenderse del proceso judicial. Asimismo, su negativa a declarar influye, de manera significativa, en la decisión final del órgano judicial.

ABSTRACT

Intimate partner violence is an important public health problem with a huge sociofamiliar, economic and legal impact. The objective of the present research has been to improve the knowledge of intimate partner violence from a medicolegal and criminological perspective. Specific aims were to examine sociodemographic characteristics, determine the various forms of violence and their context, as well as analyze the victim's attitude in the judicial process. A review of 580 files classified as intimate partner violence by the Prosecutor's Office of Santiago de Compostela, with a final judgment, between 2005 and 2012, was carried out.

The heterogeneous nature of the problem was confirmed, highlighting various individual, family and social features, such as the predominance of women and men of Spanish nationality, of reproductive age, with remunerated job and low socioeconomic status. Seven out of ten women had children and often lived with the alleged aggressor. The number of foreigners was remarkable. This feature being associated with unstable relationships and more serious episodes of violence. Alcohol intake at the time of the events is related to stable couples, of older age, with violent relationships of longer duration. The main form of abuse was the combination of physical and psychological abuse, that lasted an average of 6 years. The most common mechanisms of physical abuse were pushing and grabbing, while those of psychological abuse consisted mostly of threats, insults

and humiliation. The abuse took place mainly at home, in the presence of third parties. Half of women suffered multiple physical injuries of low severity, consisting of contusions and bruises located on the upper limbs or face. 50% of women sought medical assistance after the violent event. Reports of injuries were performed in 35% of these cases, while reports of first assistance in 70%. The quality of these documents was low with some items filled in a low percentage.

In 2/3 of the cases the sentence was condemnatory, being occasional maltreatment the most prevalent crime, followed by habitual maltreatment or threats. Criminal responsibility was modified in few cases, the most common form being the aggravation of recidivism. Various factors, such as the presence of various harmful mechanisms and serious injuries, as well as the existence of documentary evidence, were associated with abuser's conviction. In eight out of ten cases the woman decided to report the facts and in 87% testified at the trial. The percentage of women who withdrew the complaint or modified their testimony was less than 10% and about 15% exercised their right to not testify. The attitude of the victims at the time of reporting is conditioned by certain sociodemographic circumstances. Coexistence with family members or children and having support have a positive influence, while brief relationships or substance abuse at the time of the events are related to woman's decision to ignore the judicial process. Likewise, his refusal to testify has a significant influence on the final decision of the judicial body.

ÍNDICE DE CONTIDOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	19
1. MARCO TEÓRICO	23
1.1. INTRODUCCIÓN	23
1.2. CONCEPTO DE VIOLENCIA DE XÉNERO	24
1.3. MARCO XURÍDICO ACTUAL	27
1.3.1. Lexislación nacional.....	32
1.3.2. Lexislación autonómica	46
1.4. MAGNITUDE DA VIOLENCIA DE XÉNERO	48
1.4.1. Prevalencia.....	48
1.4.2. Incidencia	53
1.4.3. Víctimas mortais.....	55
1.5. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	58
1.5.1. Características da vítima	59
1.5.2. Características do agresor	69
1.5.3. Características da relación de parella e do contexto familiar	75
1.5.4. Características socioculturais	78
1.6. CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA DE XÉNERO	79
1.6.1. Tipos de violencia.....	79
1.6.2. Dinámica da violencia	84
1.7. CONSECUENCIAS DA VIOLENCIA DE XÉNERO	87
1.7.1. Consecuencias na vítima	88

1.7.2. Outras consecuencias.....	96
1.8. ACTUACIÓN MEDICOLEGAL	101
1.8.1. Papel do equipo sanitario	101
1.8.2. Papel do equipo forense.....	115
1.9. COMPORTAMENTO PROCESUAL DA VÍTIMA.....	119
1.9.1. A vítima como denunciante	120
1.9.2. A vítima como testemuña	125
1.9.3. O exercicio do dereito a non declarar	128
2. XUSTIFICACIÓN DO TEMA E OBXECTIVOS.....	133
2.1. XUSTIFICACIÓN DO TEMA	133
2.2. OBXECTIVOS.....	136
2.2.1. Obxectivo xeral	136
2.2.2. Obxectivos específicos.....	137
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	141
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	141
3.2. SELECCIÓN DA MOSTRA	141
3.2.1. Criterios de inclusión.....	141
3.2.2. Criterios de exclusión	142
3.3. DEFINICIÓN DAS VARIABLES ESTATÍSTICAS	142
3.3.1. Variables sociodemográficas	142
3.3.2. Variables relacionadas coa violencia	147
3.3.3. Variables relacionadas coas consecuencias da violencia	150
3.3.4. Variables relacionadas coa asistencia sanitaria	151
3.3.5. Variables relacionadas coas probas documentais	152
3.3.6. Variables relacionadas co procedemento xudicial	156
3.4. PROCEDEMENTO	160

3.4.1. Recollida de datos	160
3.4.2. Aplicación de escalas.....	161
3.4.3. Estudo estatístico	167
3.5. ASPECTOS ÉTICOS	170
3.6. CONFLITO DE INTERESES	173
4. RESULTADOS	177
4.1. ANÁLISE DESCRITIVO	177
4.1.1. Características sociodemográficas.....	178
4.1.2. Características da violencia	189
4.1.3. Circunstancias da violencia	192
4.1.4. Consecuencias da violencia	194
4.1.5. Características da asistencia sanitaria	202
4.1.6. Características das probas documentais	204
4.1.7. Características do proceso xudicial	213
4.2. ANÁLISE DE ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES.....	220
4.2.1. Fallo xudicial.....	220
4.2.2. Nacionalidade da muller.....	223
4.2.3. Nacionalidade do presunto agresor	228
4.2.4. Tipo de consumo habitual/abuso de substancias	231
4.2.5. Consumo de sustancias no momento dos feitos	237
4.2.6. Comportamento da muller durante o proceso	245
4.3. ANÁLISE TIPOLÓXICO	256
4.3.1. Tipos de mulleres	257
4.3.2. Tipos de homes.....	258
4.3.3. Tipos de maltrato	262
4.3.4. Tipo de lesións.....	266
4.3.5. Tipo de seguimento medicolegal	268
4.3.6. Tipos de rol da vítima durante o xuízo	269
5. DISCUSIÓN.....	273

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO.....	274
5.1.1. Características da muller	274
5.1.2. Características do presunto agresor.....	279
5.1.3. Características da relación de parella e o seu contexto.....	284
5.2. A VIOLENCIA E AS SÚAS CIRCUNSTANCIAS	285
5.3. CONSECUENCIAS DA VIOLENCIA	290
5.4. PROBAS DOCUMENTAIS	294
5.5. COMPORTAMENTO PROCESUAL DAS VÍTIMAS	299
5.6. OUTROS ASPECTOS DO PROCESO XUDICIAL.....	305
5.7. LIMITACIÓNS DO ESTUDO.....	309
6. CONCLUSIÓNS	313
7. BIBLIOGRAFÍA	319
8. ANEXOS.....	347
8.1. ANEXO I: FOLLAS DE RECOLLIDA DE DATOS.....	347
8.2. ANEXO II: CONVENIO FISCALÍA-USC.....	355
ÍNDICE DE FIGURAS.....	365
ÍNDICE DE TÁBOAS	371

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AIS:	Escala Abreviada de Lesións (Abbreviated Injury Scale)
art.:	Artigo
cont.:	Continuación
CP:	Código Penal
CXPX:	Consello Xeral do Poder Xudicial
DE:	Desviación estándar
FRA:	Axencia de Dereitos Fundamentais da Unión Europea (European Union Agency for Fundamental Rights)
IGE:	Instituto Galego de Estatística
INE:	Instituto Nacional de Estatística
ISS:	Injury Severity Score (Índice de Gravidade no Trauma)
LECrim:	Lei de Axuizamento Criminal
LOPD:	A Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal

LOVX:	Lei Orgánica de Medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero
MAIS:	Máximo AIS
MSSSI:	Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade
NISS:	New Injury Severity Score (Novo Índice de Gravidade do Trauma)
OMS:	Organización Mundial da Saúde
ONU:	Organización das Nacións Unidas
páx.:	Páxina
PAC:	Punto de Atención Continuada
USC:	Universidade de Santiago de Compostela



1.

Marco teórico



1. MARCO TEÓRICO

1.1. INTRODUCCIÓN

A violencia de xénero constitúe unha das formas mais frecuentes de violencia contra a muller. Considérase un importante problema de saúde pública, cunha alta incidencia na poboación e un gran impacto socio - familiar, económico e xurídico¹⁻⁶. Reflicte unha especial finalidade discriminatoria, atentando á dignidade, integridade, liberdade e ao benestar físico, psicolóxico e social das mulleres⁷.

Tradicionalmente, era considerada unha cuestión privada que debía permanecer na intimidade do ámbito familiar⁸, nun contexto de modelo patriarcal, onde prevalecía a posición de inferioridade da muller respecto ao home¹. Tanto ela como os fillos estaban a cargo do home, o cal tiña pleno dereito de usar as medidas que considerara convenientes para manter o control sobre eles. A muller non se consideraba vítima e, na maioría das ocasións, asumía os feitos violentos do agresor como algo normal dentro dunha relación de parella. Neste enfoque tradicional, tamén se incluía a crenza de que os agresores tiñan ideas alteradas sobre os roles sexuais ou sobre a lexitimidade da violencia como forma para resolver os conflitos⁹. A partir da década dos noventa do século XX, estas ideas comezaron a cambiar. O concepto de problema privado que non debe saír do ámbito familiar quedou esquecido e diversas organizacións de

mulleres, investigadores e gobernos fixéronse eco da gravidade de esta modalidade de violencia. En 1980, a Organización das Nacións Unidas (ONU), na súa II Conferencia internacional sobre as mulleres, declarou, por primeira vez, que a violencia que se exerce contra as mulleres na familia é o crime máis encuberto do mundo e formulou a importancia de visibilizar publicamente esta problemática. Pola súa parte, no ano 1996, a Organización Mundial da Saúde (OMS), na súa 49ª Asemblea Mundial, declarou a violencia contra a muller unha prioridade de saúde pública en todo o mundo. Outras organizacións, como a Axencia de Dereitos Fundamentais da Unión Europea (FRA), tamén a consideran unha grave violación dos dereitos humanos e un importante problema de saúde pública^{10,11}.

Estas declaracións institucionais xunto coas diversas modificacións lexislativas que se produciron durante as últimas décadas, conduciron a unha reorientación da percepción do fenómeno e a un aumento da visibilidade de todo tipo de violencia contra a muller.

1.2. CONCEPTO DE VIOLENCIA DE XÉNERO

Unha das primeiras dificultades deste problema é definilo, xa sexa polas múltiples terminoloxías como polas diferentes perspectivas incluídas á hora de abordalo.

O termo "***violencia de xénero***" é unha tradución do termo inglés "*gender violence*", utilizado por primeira vez no ano 1993 pola ONU, na súa Declaración sobre a Eliminación da Violencia contra a Muller referíndose a "*todo acto de violencia baseado na pertenza ao sexo feminino que teña ou poda ter como resultado un dano ou*

sufrimento físico, sexual ou psicolóxico para a muller, así como as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria de liberdade, tanto si se producen na vida pública como na vida privada". Trátase dun concepto amplo, que se utiliza moitas veces para referirse á “**violencia contra a muller**”, a pesar de ser este último un termo pouco específico que inclúe diversos tipos de abuso que a muller pode sufrir durante a súa vida, con múltiples e variadas manifestacións (*Figura 1.1*).

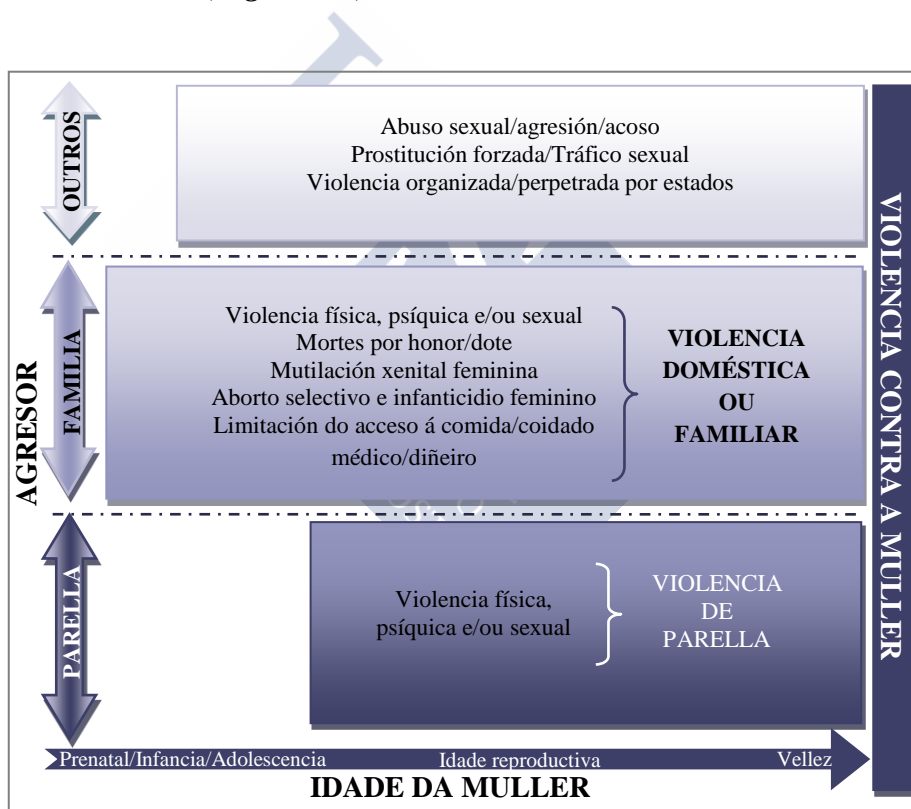


Figura 1.1. Tipos de violencia contra a muller.

*Adaptado de Watts et al¹².

Ademais dos mencionados, utilízanse outros termos para referirse á violencia contra a muller que moitas veces no son superpoñíbles, senón que delimitan distintas modalidades de abuso, polo que é conveniente matizalos. O termo "**violencia doméstica**" foi definido no ano 1999 pola Comisión Europea como: *"Toda forma de violencia física, sexual ou psicolóxica que pon en perigo a seguridade e o benestar dun membro da familia; recurso á forza física ou á chantaxe emocional; ameazas de recurso a forza física, incluída a violencia sexual na familia ou no fogar. Neste concepto inclúense o maltrato infantil, o incesto, o maltrato de mulleres e os abusos sexuais ou de outro tipo a calquera de persoa que conviva baixo o mesmo teito"*¹³. É dicir, este termo refírese ao ámbito no cal se produce a violencia (ámbito privado ou doméstico). Inclúese polo tanto, calquera tipo de violencia exercida por algún membro da familia contra outro membro da unidade familiar. Na actualidade, aínda que persiste o seu uso para referirse a violencia de xénero¹⁴⁻¹⁷, é cada vez menos común.

Para diferenciar a violencia producida no contexto dunha relación sentimental xorden outros termos que puntualizan este feito. A "**violencia de parella**" defínese como: *"todo tipo de violencia física, sexual e/ou psicolóxica levada a cabo por parte do que é ou foi o compañeiro sentimental da vítima, nun contexto de control coercitivo que a miúdo se agrava co tempo"*¹⁸. Pero é preciso destacar que na actualidade, o concepto "*parella*" non só fai referencia a relacións entre un home e unha muller se non que tamén se refire a relacións entre persoas do mesmo sexo. Ademais, para unha boa utilización deste termo, sería necesario acompañalo da especificación do membro da parella que sofre a violencia xa que aínda que na maioría dos casos son os homes os agresores, as mulleres tamén poden atentar contra a

súa parella tal e como apuntan algúns autores^{2,15}. Por todo o exposto, nos estudos mais actuais, predomina a utilización do concepto **"violencia do compañeiro íntimo"**, definida como: *"calquera comportamento dentro de unha relación íntima que causa dano físico, sexual ou psicolóxico, incluídos os actos de agresión física, a coacción sexual, abuso psicolóxico e comportamentos de control"*¹⁹.

A pesar de que cada termo matiza modalidades de violencia diferentes, nalgúns casos utilízanse indistintamente. Para referirse á violencia contra a muller por parte do que é ou foi o seu compañeiro sentimental, que constitúe a base desta investigación, é común na literatura a utilización dos termos "violencia de xénero" , "violencia de parella" e "violencia do compañeiro íntimo"²⁰. Dado que partimos do estudo de expedientes xudiciais clasificados como “violencia de xénero”, tal como recolle a principal normativa, e trátase dun termo amplamente utilizado, nesta memoria utilízase "violencia de xénero" para referirse á violencia de parella contra a muller.

1.3. MARCO XURÍDICO ACTUAL

A violencia de xénero constituíu un fenómeno invisible durante décadas e non foi ata segunda metade do século XX, cando este problema apareceu reflectido como tal nas lexislacións de diversos países²¹. Nesta época, comezan tamén a xurdir os primeiros artigos de investigación e as primeiras directrices de diferentes organismos como a OMS e a ONU. Ao principio, a violencia por razóns de xénero e a violencia dentro do seno da parella vinculáronse exclusivamente ao ámbito familiar. De esta forma, nun primeiro momento, os esforzos

lexislativos centráronse na busca de solucións para diminuír a violencia exercida no entorno familiar²².

A nivel internacional, a finais da década dos 80 comezaron a elaborarse diversas normas destinadas á protección e ao recoñecemento dos dereitos das mulleres, co fin de erradicar a súa discriminación por parte do home e condenar as condutas violentas que sufrían. Destacan, entre outras, a II Conferencia Mundial sobre a Condición Xurídica e Social da muller (1980), na que se establece que a violencia contra a muller supón o crime mais silenciado do mundo, ou tamén a "Declaración sobre a Eliminación da Violencia sobre a Muller", aprobada no ano 1993 por parte da Asemblea Xeral de Nacións Unidas, que pretende facer visible a súa preocupación por este problema. Recoñece que *“a violencia contra a muller constitúe unha manifestación das relacións de poder historicamente desiguais entre o home e a muller, que conduciron á dominación da muller e á súa discriminación por parte do home”*. Suxire aos diferentes estados incluír medidas legais, políticas, administrativas e culturais nos seus plans de acción para previr a violencia contra as mulleres²³. Merece especial mención así mesmo, a adopción, dous anos despois, por parte a ONU da Declaración de Beijing, na cal se garanten os dereitos humanos e a igualdade das nenas e mulleres e se identifica a violencia contra elas como unha cuestión de especial preocupación contra a que se debe loitar.

A nivel europeo, os países membros da Unión Europea quixeron afondar neste problema cunha estratexia xeral de aplicación en todos eles. Durante a década de 1990, a Comunidade Europea publicou diversas resolucións coa finalidade de conseguir a igualdade entre homes e mulleres, nas que se postulaba unha tolerancia cero ante a

violencia contra a muller. Este proceso proseguíu a principios do século XXI, con diversas recomendacións publicadas por organismos como o Consello Económico e Social ou o Parlamento Europeo que reclamaban e salientaban a necesidade dunha norma común para loitar contra este problema²⁴. A pesar disto, durante esta época non se conseguiu elaborar ningunha norma xurídico-penal común a todos os estados membros.

Mais recentemente, no ano 2011, cabe destacar a aprobación polo Consello de Europa dun convenio sobre a prevención e loita fronte a violencia contra a muller e a violencia doméstica, coñecido como *Convenio de Estambul*²⁵. Este é o primeiro instrumento de carácter vinculante a nivel europeo en materia de violencia contra as mulleres, incluíndo tanto a que se produce por razóns de xénero, como a que sucede do seno da parella. A esta última refírese co termo "violencia doméstica" e defínea como *"Todos os actos de violencia física, sexual, psicolóxica ou económica que se producen na familia ou no fogar ou entre conxugues ou parellas de feito antigas ou actuais, independentemente de que o autor do delito compartira ou compartira o delito coa vítima"*. Trátase do tratado internacional mais importante e de maior alcance no que se reconece este problema como unha violación dos dereitos humanos e unha forma de discriminación e responsabiliza aos estados se non responden de maneira adecuada. Establece as obrigas e obxectivos dos Estados membros en materia de prevención, protección e persecución xudicial, destacando as seguintes:

- Previr a violencia, protexer as vítimas e establecer accións xudiciais contra os agresores.

- Sensibilizar e facer un chamamento a toda a sociedade, especialmente aos homes e nenos, para que cambien de actitude e rompan cunha cultura de tolerancia e negación que perpetúa a desigualdade de xénero e a violencia que a causa.
- Destacar a importancia dunha actuación coordinada de todos os organismos e servizos oficiais pertinentes e da sociedade civil.
- A recollida de datos estatísticos e de investigación sobre todas as formas de violencia contra a muller.

Ademais, este convenio insta aos estados a tomar as medidas necesarias para previr, investigar, dar visibilidade e castigar todos os actos de violencia contra a muller. Propón a creación ou designación, por parte dos mesmos, dunha ou varias entidades oficiais responsables da coordinación, aplicación, seguimento e avaliación das políticas e medidas adoptadas. Pretende protexer a todas as vítimas contra calquera acto de violencia destacando a necesidade dunha cooperación eficaz entre as autoridades (xudiciais, forzas e corpos de seguridade do estado, autoridades locais ou rexionais, organizacións...) que abordan este problema, incluíndo os servizos de apoio. Destaca a necesidade de crear servizos de apoio especializados que manteñan a vítima informada en todo momento, tanto a curto como a longo prazo, e poñan a súa disposición todas aquelas medidas de apoio en resposta das súas demandas. Para que a vítima poida acceder a elas, o Convenio sinala que os distintos estados non poden supeditar a prestación destas á vontade da vítima de emprender accións legais nin de testificar contra o autor do delito. Tamén anima a toda testemuña de calquera acto de violencia a denunciar o feito ás autoridades

competentes, e así mesmo, propón que os estados garantan a confidencialidade de todos aqueles profesionais que, ante un caso de violencia ou indicios deste, tome as medidas necesarias.

En España, o Consello de Ministros adoptou un acordo o 26 de xullo do 2013 polo cal se aproba a sinatura do referendo deste convenio, pero ata o 6 de xuño do ano seguinte non saíu publicado no Boletín Oficial do Estado. Finalmente, entrou en vigor o 1 de agosto de 2014. Con esta ratificación España comprométese a realizar as modificacións necesarias no seu ordenamento xurídico para aplicar o Convenio na súa totalidade. O grao de cumprimento deste Convenio por parte de España é elevado, e de feito algunhas medidas xa están consolidadas no noso país²⁶:

- Formación dos distintos colectivos de profesionais que interveñen en situación de violencia de xénero.
- Servizo 016 de información e asesoramento xurídico, gratuíto e dispoñible as 24 horas do día os 365 días do ano.
- Deseño e permanente actualización dun sistema de información estatística.
- Sensibilización da cidadanía e a prevención da violencia de xénero mediante a realización de campañas de información e sensibilización.
- Existencia da obrigaón de denunciar quen por razón dos seus cargos, profesións ou oficios tiveran noticia dalgún delito público (incluídos os delitos de violencia de xénero).

- Asegurar que as vítimas teñan acceso a medidas de protección especial.

Actualmente, ademais de España, os países que ratificaron este Convenio son Albania, Andorra, Austria, Bosnia y Herzegovina, Dinamarca, Italia, Montenegro, Portugal, Serbia e Turquía²⁶.

1.3.1. Lexislación nacional

A Constitución española prohibe toda discriminación por razón de sexo (art. 14) e obriga aos poderes públicos a promover as condicións necesarias para que a igualdade dos individuos sexa real (art. 9.2)²⁷. Aínda así, a preocupación pola violencia de xénero en España non se fai evidente ata finais dos anos 80 e principios dos 90, incentivada principalmente polo clima de cambio internacional, pero sobre todo polo crecente reflexo das cifras reais de maltrato nos medios de comunicación. A finais do século pasado producíronse importantes reformas na Lei Orgánica 10/1995, de 25 de novembro, do Código Penal (CP)²⁸, cun progresivo endurecemento da resposta penal. Estas primeiras modificacións do CP van parellas á concienciación colectiva da sociedade española sobre o fenómeno da violencia contra a muller na parella e comezan as primeiras campañas de sensibilización nos medios de comunicación²⁹. Co paso do tempo, xurde tamén a necesidade de responder a este problema dunha maneira mais global, centrándose non só en castigar os feitos se non tamén en responder as necesidades das vítimas⁷. Culmina este proceso de cambio na primeira década do século XXI, coa aprobación e entrada en vigor de normas, tanto estatais como autonómicas, que abordan de forma integral este problema.

1.3.1.1. Normativa específica

O principal elemento lexislativo en materia de violencia de xénero a nivel nacional publicouse no ano 2004: a ***LO 1/2004, do 24 de decembro, de Medidas de Protección Integral contra a Violencia de Xénero*** (LOVX)³⁰. Esta lei entrou en vigor o 29 de xaneiro de 2005 e a súa regulación penal fíxoo o 29 de xuño dese mesmo ano.

A importancia e novidade desta norma consiste en que non só aborda aspectos xurídicos, tamén contempla o problema desde unha perspectiva socio-sanitaria, incluíndo medidas para a recuperación integral da muller, a rehabilitación do agresor ou a prevención da violencia^{7,29}. Abarca así, aspectos preventivos, educativos, sociais e asistenciais coa principal finalidade de dotar á muller de recursos que lle permitan decidir de forma autónoma. Tamén se caracteriza pola elevación das penas e o endurecemento xeral do sistema penal, así como a insistencia en que se interpoña denuncia para que as mulleres poidan acceder ás prestacións propostas⁷.

Estrutúrase nun título preliminar, cinco títulos, vinte disposicións adicionais, dúas disposicións transitorias, unha disposición derogatoria e seis finais.

No seu ***título preliminar*** recóllense os ***principios reitores e o obxecto da lei***. O obxecto principal como se expresa no art. 1.1 é: "*actuar contra a violencia que, como manifestación da discriminación, da situación de desigualdade e das relacións de poder dos homes sobre as mulleres, se exerce sobre estas por parte de quen sexa ou fora o seu conxuge ou de quen estea ou estivera ligado a elas por relacións similares de afectividade, aínda sen convivencia*". A violencia a que se refire comprende "*todo acto de violencia física e*

psicolóxica, incluídas as agresións á liberdade sexual, as ameazas, as coaccións ou a privación arbitraria de liberdade" (art. 1.3). Pretende, polo tanto, regular todos aqueles casos de violencia contra a muller por parte do que é ou foi o seu compañeiro sentimental.

No art. 2 aparecen recollidos os principios reitores, 11 principios que reflicten o seu carácter integral (*Táboa 1.1*).

No *título I* determínanse as medidas de *sensibilización, prevención, detección e intervención* en diferentes ámbitos. No capítulo I regúlanse diversas medidas no ámbito educativo co fin principal de transmitir valores de respecto e igualdade entre homes e mulleres. O capítulo II céntrase en medidas no ámbito da publicidade e nos medios de comunicación tanto públicos como privados encamiñadas a respectar a dignidade das mulleres e o seu dereito a unha imaxe sen carácter discriminatorio nin estereotipada. Mención especial require o capítulo III no que se recollen diversas medidas de aplicación no ámbito sanitario, tanto na asistencia primaria como especializada. No seu art. 15 establece que as Administracións Sanitarias promoverán a actuación dos profesionais sanitarios que permitan a detección precoz da violencia de xénero e propoñerán as medidas necesarias para mellorar a eficacia na loita contra este tipo de violencia mediante o desenrolo de programas de sensibilización e formación continuada do persoal sanitario que permitan impulsar un diagnóstico precoz, a asistencia e a recuperación destas mulleres. Postula tamén a creación da Comisión contra a Violencia de Xénero do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

Táboa 1.1. Principios reitores da LOVX.

- a) Fortalecer as medidas de sensibilización cidadá de prevención, dotando aos poderes públicos de instrumentos eficaces no ámbito educativo, servizos sociais, sanitario, publicitario.
- b) Consagrar dereitos das mulleres vítimas de violencia de xénero, esixibles ante as Administracións Públicas, e así asegurar un acceso rápido, transparente e eficaz aos servizos establecidos para o efecto.
- c) Reforzar ata a consecución dos mínimos esixidos polos obxectivos da lei os servizos sociais de información, de atención, de emerxencia, de apoio e de recuperación integral, así como establecer un sistema para a máis eficaz coordinación dos servizos xa existentes a nivel municipal e autonómico.
- d) Garantir dereitos no ámbito laboral que concilien os requirimentos da relación laboral e de emprego público coas circunstancias daquelas traballadoras ou funcionarias que sufran violencia de xénero.
- e) Garantir dereitos económicos para as mulleres vítimas de violencia de xénero, co fin de facilitar a súa integración social.
- f) Establecer un sistema integral de tutela institucional no que a Administración Xeral do Estado, a través da Delegación Especial do Goberno contra a Violencia sobre a Muller, en colaboración co Observatorio Estatal da Violencia sobre a Muller, impulse a creación de políticas públicas dirixidas a ofrecer tutela ás vítimas da violencia contemplada na presente Lei.
- g) Fortalecer o marco penal e procesual vixente para asegurar unha protección integral, desde as instancias xurisdiccionais, ás vítimas de violencia de xénero.
- h) Coordinar os recursos e instrumentos de todo tipo dos distintos poderes públicos para asegurar a prevención dos feitos de violencia de xénero e, no seu caso, a sanción adecuada aos culpables dos mesmos.
- i) Promover a colaboración e participación das entidades, asociacións e organizacións que desde a sociedade civil actúan contra a violencia de xénero.
- j) Fomentar a especialización dos colectivos profesionais que interveñen no proceso de información, atención e protección ás vítimas.
- k) Garantir o principio de transversalidade das medidas, de maneira que na súa aplicación se teñan en conta as necesidades e demandas específicas de todas as mulleres vítimas de violencia de xénero.

No **título II** recoñécense os *dereitos das mulleres vítimas de* violencia de xénero garantíndoselles a todas con independencia da súa orixe, relixión ou calquera outra circunstancia. Teñen dereito a información, a unha asistencia social integral e a unha asistencia xurídica gratuíta. Garantiránselles os dereitos laborais e de prestacións da seguridade social que posibiliten a mobilidade xeográfica ou a redución, reordenación ou reserva do posto de traballo, o dereito a prestación de desemprego no caso de suspensión ou extinción do contrato, así como a xustificación de ausencias ou faltas ao traballo motivadas pola súa situación, entre outras. Tamén se recollen o dereito a unha axuda social económica e a prioridade deste colectivo para acceder a unha vivenda ou residencia pública.

No **título III** (Tutela Institucional), procédese *a creación de diferentes órganos* como a Delegación Especial do Goberno contra a Violencia sobre a Muller, con funcións como coordinar e impulsar as accións e propoñer as políticas públicas en relación coa violencia de xénero. Créase ademais o Observatorio Estatal de Violencia sobre a Muller que servirá como centro de análise da situación e evolución da violencia, encargándose de asesorar e colaborar co Delegado na elaboración de medidas para erradicar este problema. As Forzas e Corpos de Seguridade crearán tamén unidades especializadas na prevención da violencia de xénero e no control da execución das medidas xudiciais adoptadas. Así mesmo, esta lei reclama a necesidade de elaborar *plans de colaboración* que impliquen ás administracións sanitarias, á Administración de Xustiza, ás forzas e Corpos de Seguridade, aos servizos sociais e aos organismos de igualdade.

No **título IV** a lei introduce *normas de natureza penal* mediante as cales se endurecen as penas dispostas no CP cando estes se produzan no contexto da violencia de xénero (*véxase apartado 1.3.1.2*).

No **título V** establécese a *tutela xudicial*, dentro da cal cabe destacar a creación do Xulgado de Violencia sobre a muller e a creación da figura do Fiscal contra a Violencia sobre a muller.

Nas *disposición adicionais* expónse a reforma do ordenamento xurídico para adaptar as normas vixentes ao marco introducido pola presente Lei. A disposición adicional segunda recolle a creación das Unidades de Valoración Forense Integral, dispoñendo que o Goberno e as Comunidades Autónomas deben organizar os servizos forenses para que cada un conte con unidades de valoración forense integral. Estas serán as encargadas de crear os protocolos de actuación.

Con esta lei conseguíuse non só visualizar este tipo de violencia, senón aumentar a concienciación e importancia de loitar contra ela. O balance da súa aplicación, tras máis de unha década, é positivo, tal e como destacan algúns autores^{22,29}. Púxose en marcha un conxunto de accións e normas de protección integral da muller, logrou que a vítima dispoña de información necesaria sobre os seus dereitos así como sobre os medios de actuación dos que dispón grazas a creación de servizos de asistencia a nivel sanitario, social ou xurídico. Propiciou unha adecuada formación dos distintos profesionais e grazas a implantación das ordes de protección e a elaboración de protocolos e guías de actuación, conseguiu aumentar a protección das vítimas.

A pesar de que a LOVX marcou un punto de inflexión na loita conta a violencia de xénero, as alarmantes estatísticas tanto de

denuncias como de mortes, indica que é necesario seguir avanzado. É preciso mellorar en distintos ámbitos, dende a prevención ata a protección das vítimas e rehabilitación dos agresores. De esta realidade, xorde a finais do ano 2016 a necesidade de postular un ***Pacto de Estado en materia de Violencia de Xénero***³¹. Foi elaborado por 66 expertos en violencia contra as mulleres sobre as bases propostas polos Grupos Parlamentarios e tendo en conta as recomendacións dos organismos internacionais, ONU e o Convenio de Estambul. Contén 213 medidas de actuación para os próximos anos conforme a diferentes eixes que van desde a sensibilización e a prevención, a mellora da resposta institucional, a asistencia e protección ás vítimas e aos menores, ata recomendacións ás distintas administracións e a visualización de outras formas de violencia. Cómpre destacar algúns aspectos incluídos neste Pacto como a necesidade de previr a violencia en todas as etapas educativas incluíndo nos temarios contidos de igualdade e levando a cabo campañas de prevención e sensibilización. Pretende deseñar un plan de acompañamento e asesoramento da vítima, reforzar a asistencia xurídica antes, durante e despois do procedemento xudicial e postula tamén a necesidade de mellorar o sistema de axudas das mulleres sen emprego cun subsidio de desemprego de seis meses de duración. Avoga pola asistencia e protección dos menores, garantindo unha prestación a todos os orfos por violencia de xénero, eliminando a custodia compartida nestes casos, suspendendo o réxime de visitas cando o menor presenciara os feitos ou prohibindo aos menores visitar na prisión ao pai condenado por violencia de xénero. Tamén podemos destacar a ampliación da consideración de vítima ás mulleres que aínda non interpuxeran a denuncia e facer así posible que estas poidan

acceder aos recursos de axuda, seguindo as recomendacións do Convenio de Estambul. Por último, tamén postula a necesidade de revisar algúns preceptos legais como o dereito das vítimas da dispensa a non declarar ou reformar a lei para que tamén se consideren vítimas ás nais cuxos fillos foron asasinados polas súas parellas co obxectivo de causarlles dano a elas. Este pacto foi aprobado polo goberno o 28 de setembro do 2017.

1.3.1.2. Normativa penal

Tradicionalmente, na lexislación penal española non se consideraba que os delitos violentos (homicidio, asasinato, lesións, ameazas, coaccións...) tivesen a posibilidade de ser un delito de violencia de xénero e menos se facía algunha diferenciación penal cando o feito delituoso tiña lugar no contexto da parella³².

A finais da década dos noventa producíronse as primeiras modificacións do ordenamento xurídico coa finalidade de aumentar a severidade da resposta penal a este problema. Nun principio, os cambios referíronse á violencia doméstica, para máis tarde abordar especificamente a violencia de xénero. No ano 1989 tivo lugar a primeira modificación mediante a *Lei Orgánica 3/1989, de 21 de xuño, de reforma do CP*, introducindo por primeira vez o delito de violencia doméstica. Concretamente, esta lei castigaba a violencia física exercida de forma habitual sobre "*o conxuge ou persoa coa que o autor estivera unido por análoga relación de afectividade, sobre as fillas ou fillos sometidos a potestade ou sobre pupilas, pupilos, menores ou incapaces sometidos/as a tutela ou garda de feito*"³³. Este acto pasou de ser considerado falta, a ser catalogado

como delito, é dicir, agravouse a pena nos casos de violencia física cometidos dentro do ámbito familiar, cunha condena de 1 a 6 meses de prisión. Nesta lei non se especifica se o autor é home ou muller, incluíndo todos aqueles casos de violencia no ámbito familiar independentemente de quen sexa o autor.

No ano 1995, o novo CP non presentou novidades importantes ao respecto, tan só incorporou este delito ao art. 153 do CP e endureceu a pena de 6 meses a 3 anos²⁸. A reforma de 1999 introduciu a violencia psíquica e permitiu castigar ao ex-conxugue³⁴. No 2003, aprobouse a *Lei 27/2003, do 31 de Xulio, reguladora da Orden de Protección das Vítimas de Violencia Doméstica*³⁵, que introduciu por primeira vez a diferenza entre violencia de xénero e outro tipo de violencias producidas no ámbito familiar. Incorporou un recurso dirixido a articular un sistema rápido e eficaz de medidas de protección da vítima e civís e apoios sociais ou terapéuticos encamiñados á defensa e protección efectiva das vítimas de violencia familiar e de xénero. Este mesmo ano aprobouse a *Lei 11/2003, do 29 de Setembro, de Medidas Concretas en Materia de Seguridade Cidadá, Violencia Doméstica e Integración Social dos Estranxeiros*³⁶. Nela expónse a necesidade de levar a cabo medidas preventivas, asistenciais e de intervención social a favor da vítima, ademais da necesidade de incentivar a investigación e medidas lexislativas. Todo maltrato no ámbito familiar pasou a ser considerado un delito. Os delitos de violencia doméstica quedaron recollidos en dous artigos: o art. 153 para os casos de violencia ocasional e o art. 173 para o maltrato habitual. Tamén se estableceu con esta norma que a falta de lesións pasaba a considerarse delito cando se cometera no ámbito doméstico.

A LOVX mantivo os cambios penais do ano 2003 e modificou outros delitos do CP de 1995 para adaptalos a este tipo de violencia. Reservou o seu título IV para introducir estas modificacións e definir de maneira mais específica os delitos e penas de aplicación no ámbito da violencia de xénero. O fin último destas modificacións foi, ademais de asegurar a protección das vítimas, facilitar a aplicación dos delitos e evitar a aparición de dúbidas á hora de incluír un comportamento dentro de cada tipo penal⁷. Esta lei aumentou a severidade da resposta penal e penalizáronse diversas condutas contra a integridade persoal e a liberdade das mulleres incrementándose as penas leves que ata agora eran consideradas como simples faltas, pasando a ser delitos menos graves. Cómpre sinalar que estes cambios só serán de aplicación cando se cumpran os requisitos propostos polo art. 1.1.: *"Cando os delitos se produzan contra quen sexa ou fora a esposa do autor, ou estivera ligada a el por unha relación de afectividade con ou sen convivencia"*.

Concretamente, a LOVX modifica os delitos de maltrato, lesións, coaccións e ameazas, considerados os mais frecuentes no contexto da violencia de xénero⁷. Confirmou como delito todo o maltrato producido no ámbito familiar e elevou a delito as ameazas leves (art. 171.4) e as coaccións leves (art. 172.2), e agravou a pena dos delitos de lesións (art. 148) si se realizan sobre a muller parella ou persoas especialmente vulnerables (**Figura 1.2**).

Mais recentemente, o 1 de xullo do 2015, entrou en vigor a *LO 1/2015, de 30 de marzo, pola que se modifica a LO 10/1995, de 23 de novembro, do CP*. En materia de violencia de xénero, esta pretende reforzar a protección especial que dispensa o CP a este tipo de vítimas e adaptar a lexislación ás normativas internacionais, en especial ao

Convenio de Estambul. Dentro das modificacións propostas destaca a introdución da agravante de xénero no seu art. 22.4. e a supresión das faltas dentro do ordenamento xurídico que, ou pasan a ser sancións administrativas ou civís ou tipifícanse como delitos leves.

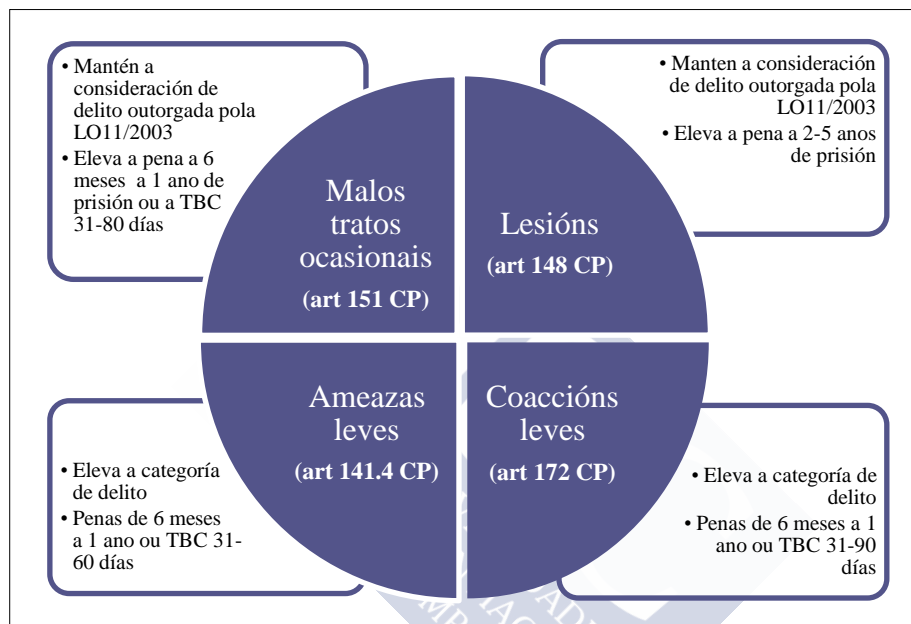


Figura 1.2. Principais modificacións penais da LOVX.

A continuación expóñense as diversas modificacións dos principais delitos de aplicación no ámbito da violencia de xénero e a súa situación actual:

- **Malos tratos** (violencia doméstica non habitual, art. 153 CP):

Calquera maltrato no ámbito doméstico xa fora elevado da categoría de falta á de delito pola LO11/2003. A LOVX confirmou este cambio e agravou a pena daqueles delitos recollidos polo apartado

1 do art. 153 do CP referente aos malos tratos ocasionais (aqueles nos que se causa menoscabo psíquico, se golpea ou maltrata sen causar lesión ou se causa unha lesión que tan só requira unha primeira asistencia facultativa) no caso de que a vítima tivera ou mantivera unha relación de afectividade co agresor aínda sen convivencia. Son considerados delito, con penas de prisión de 6 meses a un ano (anteriormente a pena mínima era de 3 meses) ou con traballos en beneficio da comunidade de 31 a 80 días. A LO 1/2015 non introduce modificacións importantes respecto a este delito, mantendo os cambios propostos pola LOVX.

Tanto a LOVX como a LO 1/2015 non modificaron o delito de maltrato habitual (art. 173.2). Mantense a pena de 6 meses a tres anos de prisión independentemente de quen sexa a vítima (*Táboa 1.2*)

• **Lesións (art. 148 CP):**

A LOVX modifica o art. 148 do CP, de lesións agravadas, incrementando a pena con 2 a 5 anos de prisión cando a vítima sexa ou fóra esposa ou muller que está ou estivera ligada ao agresor por unha relación análoga de afectividade, aínda sen convivencia (art. 148.4) e tamén naqueles casos nos cales a vítima fora unha persoa vulnerable que conviva co autor (art. 146.5). Tamén se aplicará a mesma condena cando se utilizaran armas ou outros instrumentos perigosos para a vida ou para a saúde do lesionado, se houbera crueldade ou aleivosía ou se a vítima fora menor de 12 anos ou incapaz. No resto de casos, o marco penal do delito de lesións séguese rexendo polo art. 147 CP e será condenado con pena de 6 a tres anos de prisión. A LO1/2015 mantén a consideración de delito.

Táboa 1.2. Evolución penal dos delitos de maltrato ocasional e habitual

	Maltrato ocasional	Maltrato habitual
1989	Falta: art. 582 1 a 30 días de arresto menor	Delito: art. 425 (violencia física) 1 a 6 meses
1995	Falta: art. 617 3 a 6 AFS ^a o multa de 1 a 2 meses	Delito: art. 153 (violencia física) 6 meses a 3 anos
1999	Falta: art. 617 3 a 6 AFS ^a o multa de 1 a 2 meses	Delito: art. 153 (violencia física e psíquica) 6 meses a 3 anos
2003	Delito: art. 153 3 meses a 1 año de prisión o TBC ^b de 31 a 80 días	Delito: art. 173.2 6 meses a 3 años
2004	Delito: art. 153.1 6 meses a 1 ano de prisión ou TBC ^b de 31 a 80 días	Delito: art. 172.2 6 meses a 3 anos
2015	Delito: art. 153.1 6 meses a 1 ano de prisión ou TBC ^b de 31 a 80 días	Delito: art. 172.2 6 meses a 3 anos

**Fonte: Adaptación de Larrauri⁷; ^aAFS: Arresto de fin de semana;*

^bTBS:Traballos en beneficio da comunidade

• **Ameazas (art. 171.4 CP):**

Tradicionalmente o delito de ameazas leves estaba considerado como falta. A LOVX agravou o efecto punitivo e concretamente elevou a categoría de delitos as ameazas leves realizadas sobre a parella ou muller ligada ao autor por unha relación de afectividade con ou sen convivencia e sobre persoas especialmente vulnerables que convivan con el. O agresor será condenado a penas de prisión de 6 meses a un ano ou traballos en beneficio da comunidade de 31 a 80 días. Tras a aprobación da LO1/2015, as ameazas no contexto da

violencia de xénero seguen sendo delitos menos graves. Cando as ameazas leves sexan dirixidas contra outra persoa, esta última lei suprime as faltas de ameaza e pasa a tipificalas como un delito leve (art.171.7).

• **Coaccións (art. 172.2 CP):**

A LOVX transforma as coaccións leves, antes consideradas como faltas, en delitos. Engádese un apartado ao art. 172 do CP, para o caso no que as coaccións estean dirixidas a quen foi a súa esposa ou muller ligada a el por unha relación de afectividade e tamén en caso de persoas especialmente vulnerables. A pena será de prisión de 6 meses a un ano ou traballos en beneficio da comunidade de 31 a 90 días. Cando a vítima sexa calquera outra persoa do ámbito familiar, a LOVX seguirá considerando esta infracción como unha falta. A LO 1/2015 reformou este precepto pasando a ser consideradas un delito leve (art. 172.3)

Existen outros delitos que non foron modificados pola LOVX, que merecen ser mencionados. No contexto da violencia de xénero, as injurias ou vexacións inxustas de carácter leve (art. 620.2 CP) mantéñense como faltas leves con penas de localización permanente de 4 a 8 días mais penas de afastamento. A LO1/2015, elimina do ámbito penal as injurias e vexacións leves pasándoas á vía civil salvo nos casos de violencia de xénero que pasan a tipificarse como un delito leve (art. 173.4 CP). Serán castigadas con pena de localización permanente de 5 a 30 días ou traballos en beneficio da comunidade de 5 a 30 días ou multa de 1 a 4 meses (cando concorran as circunstancias do art. 84.2).

Ademais, cabe destacar a introdución, nesta nova modificación do CP, de novos tipos penais relacionados coa violencia de xénero como o de delito de acoso ou os delitos relativos a intromisión na intimidade mediante a difusión de imaxes obtidas con consentimento da vítima pero sen autorización para a súa difusión. Tamén se regula nesta norma o matrimonio forzado e mellórase a tipificación do delito de trata de seres humanos.

1.3.2. Lexislación autonómica

A nivel autonómico debemos destacar a **Lei Galega 11/2007, do 27 de xullo, para a Prevención e Tratamento Integral da Violencia de Xénero**³⁷. O obxectivo fundamental desta lei é dotar aos poderes públicos e a sociedade dun instrumento apropiado para prever, tratar e erradicar a violencia de xénero. Preténdese coordinar e planificar os recursos necesarios a través dunha correcta rede que integre medidas de información, de recuperación psicolóxica, de apoio económico, de inserción laboral e de acceso á vivenda. Está estruturada nun título preliminar, tres títulos e dez disposicións adicionais, unha derogatoria e dúas finais. A continuación destácanse os aspectos mais salientables desta norma xurídica:

No **título preliminar** define a violencia de xénero como *"calquera acto violento ou agresión, baseada nunha situación de desigualdade no marco de un sistema de dominación dos homes sobre as mulleres que teña ou poda ter como consecuencia un dano físico, sexual ou psicolóxico, incluídas as ameazas de tales actos e a coacción ou privación arbitraria da liberdade, tanto se ocorren no ámbito público como na vida familiar ou privada"*. Utilízase un

concepto de violencia de xénero moito mais amplo que o estatal. A LOVX tan so se centra naqueles casos nos cales existe unha relación de afectividade entre os implicados mentres que esta lei autonómica prescinde de calquera relación entre a vítima e o agresor incluíndo calquera modalidade provocada pola desigualdade entre homes e mulleres. Este aspecto está en consonancia co que o Convenio de Estambul considera violencia contra a muller por razóns de xénero.

O **título I**, céntrase en *medidas de prevención* e campañas de sensibilización e na necesidade dun tratamento adecuado do tema nos medios de comunicación. Aborda tamén a necesidade de potenciar a investigación e a formación tanto nas universidades como dos profesionais en materia de violencia de xénero. Por último, céntrase en medidas no ámbito educativo coas que se poida previr comportamentos e actitudes sexistas e de violencia de xénero ou que aseguren a escolarización aos nenos e nenas afectados por este problema.

No **título II** abórdase o tratamento do problema regulando as accións dos poderes públicos e dos profesionais para *protexer e asistir* a estas mulleres. Postúlanse medidas no ámbito sanitario e psicolóxico, como a atención sanitaria e psicolóxica gratuíta, ademais de medidas no ámbito xudicial (dereito a recibir toda a información, asistencia xurídica gratuíta...), medidas de apoio e protección, medidas que axuden a diminuír os efectos desta violencia no ámbito laboral e formativo das mulleres e medidas económicas. Non só se postulan medidas referentes as vítimas, senón tamén medidas de aplicación para os menores que dependen delas (asistencia sanitaria gratuíta, axudas escolares...).

O *título III* fai referencia á *organización do sistema de protección e asistencia integral especializada* fronte a violencia de xénero. Podemos destacar a creación dun Centro de Recuperación Integral para Mulleres que sofren Violencia de Xénero ou o Servizo de Atención 24 horas, entre outros.

1.4. MAGNITUDE DA VIOLENCIA DE XÉNERO

A violencia de xénero é un problema universal²¹. Trátase dunha epidemia estendida por todas as zonas xeográficas do planeta. Describir a súa magnitude é moi complicado xa que, en moitas ocasións, este tipo de violencia permanece oculta. Numerosas mulleres non comunican estes feitos nin á policía nin ás diversas organizacións e centros de apoio ás vítimas¹⁰. Esta elevada porcentaxe de delitos que non se denuncian integran a denominada "cifra negra da delincuencia". O que si se sabe con seguridade é o número de casos denunciados e de mortes por esta causa, describíndose este fenómeno como *efecto iceberg* (*Figura 1.3*). As porcentaxes de denuncias e mortes proporcionados polos indicadores representan os casos visibles, mentres que os casos "somerxidos" serían aqueles episodios que permanecen ocultos, nin se declaran nin denuncian³⁸.

1.4.1. Prevalencia

En canto á prevalencia, segundo un informe publicado pola OMS no ano 2013¹¹, considérase que a violencia de xénero pode chegar a afectar ao 30% das mulleres nalgún momento da súa vida³⁹. Esta porcentaxe varía nas distintas zonas xeográficas e pode chegar a

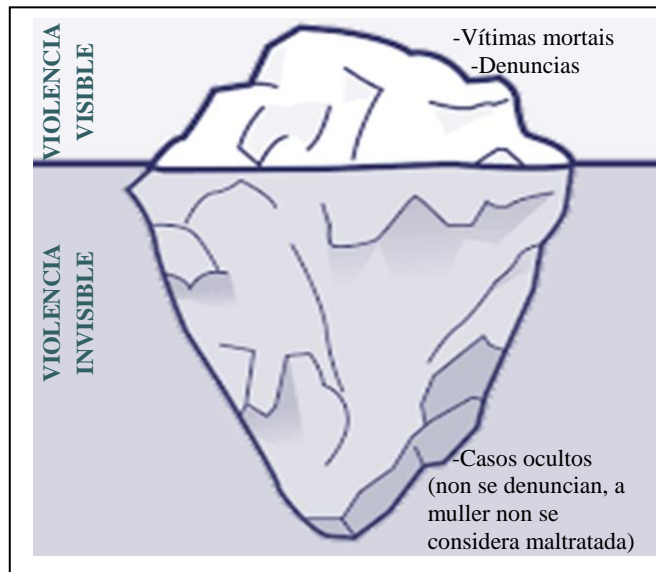


Figura 1.3. O efecto iceberg da violencia de xénero.

ser superior en zonas como o sur de Asia (37,7%) ou África (36,6%). En Europa, este informe sinala unha prevalencia do 25,4% (**Figura 1.4**).

O estudo realizado pola FRA¹⁰, a partir de datos obtidos de 28 estados membros da Unión Europea, revela unha prevalencia global de violencia de xénero, física ou sexual, do 22% a partir dos 15 anos de idade. En España, a V macro enquisa sobre a violencia contra a muller⁴⁰, amosa unha porcentaxe do 12,5%. Ambos estudos, coinciden en que o tipo de violencia máis común é a violencia psicolóxica de control, que afecta ao 35% das mulleres europeas e ao 25,4% das mulleres españolas nalgún momento da súa vida. A violencia psicolóxica emocional afecta ao 32% das mulleres europeas e ao 21,9% das mulleres españolas nalgún momento das súas vidas. No referente á violencia física, o estudo europeo mostra que afecta ao

20% das mulleres, mentres que o estudo español amosa unha porcentaxe do 10,3%. Un pouco mais do 10% das mulleres, tanto españolas como europeas, sofren algún tipo de violencia económica durante a súa vida. A menos común é a violencia sexual, que afecta ao 7% e 8,1% das mulleres, europeas e españolas, respectivamente (*Figura 1.5*).

Diferentes investigacións neste campo amosan resultados moi dispares, xa que describen a magnitude do problema en diferentes contextos e desde diferentes perspectivas. O mais común é a realización de estudos no ámbito sanitario, sobre todo a través de enquisas. Os estudos internacionais realizados neste ámbito amosan prevalencias que van desde un 15,1% en México⁴¹, un 16,1% na India⁴², un 42% en Nixeria⁴³, un 51,8% no Reino Unido⁴⁴, un 57% nos Estados Unidos⁴⁵ e ate un 58,6% en Irak⁴⁶. A nivel nacional, unha enquisa realizada en centros de saúde de toda España obtivo unha porcentaxe do 24,8% de mulleres que referiron sufrir algún tipo de maltrato nalgún momento das súas vidas e un 6,2% durante o último ano⁴⁷. Outro estudo, realizado en centros de saúde de Andalucía, Madrid e Valencia, describe unha cifra do 32% de maltrato ao longo da vida⁴⁸ e mesmo un estudo realizado nos servizos de urxencia murcianos chegou a amosar unha prevalencia do 55%⁴⁹. Os estudos que recollen a prevalencia global deste tipo de violencia fóra do ámbito sanitario son menos frecuentes. Unha enquisa telefónica realizada nos Estados Unidos describe unha prevalencia de violencia de xénero do 26,4% na poboación. En España os resultados dunha enquisa telefónica levada a cabo en Asturias mostran unha prevalencia de violencia de xénero do 20,2% ao longo da súa vida e do 6,2% durante o último ano³⁸.

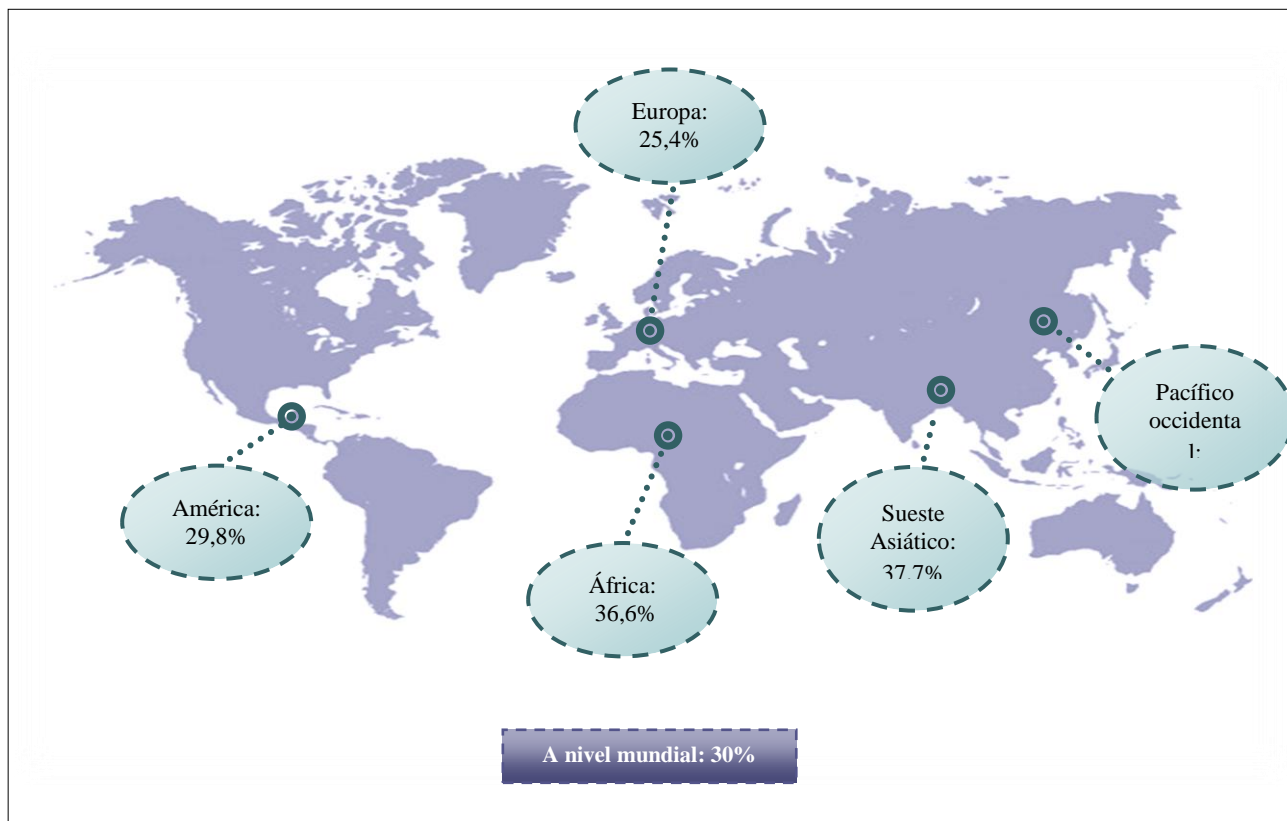


Figura 1.4. Prevalencia da violencia de xénero

**Fonte: Elaborado a partir dos datos da OMS¹¹.*

		Ao longo da vida		Últimos 12 meses	
		España	UE	España	UE
Física ou sexual	→	12,5%	22%	2,7%	4%
Física	→	10,3%	20%	1,8%	4%
Sexual	→	8,1%	7%	1,4%	1%
Psicolóxica de control	→	25,4%	35%	9,2%	-
Psicolóxica emocional	→	21,9%	32%	7,9%	-
Económica	→	10,8%	12%	2,5%	-

Figura 1.5. Prevalencia dos distintos tipos de violencia en España e na Unión Europea

**Fonte: Elaborado a partir dos datos do estudo realizado pola FRA¹⁰ e da V macro enquisa española⁴⁰.*

Por último, compre destacar que tamén é común a realización de estudos que analizan a prevalencia nun colectivo específico. As investigación internacionais amosan que esta violencia afecta ao 31% das adolescentes⁵⁰, porén estudos nacionais amosan porcentaxes inferiores, do 17,5%⁵¹. Nó ámbito universitario os estudos internacionais sinalan unha prevalencia do 53,1%⁵² mentres que os nacionais describen que o 20,03% das universitarias son vítimas de violencia de xénero⁵³.

1.4.2. Incidencia

Describir a incidencia da violencia de xénero, é dicir, o número de casos novos, é tamén moi complicado. O principal indicador que se utiliza con este fin é o número de denuncias. Segundo os datos proporcionados polo Observatorio da Violencia Doméstica e de Xénero adscrito ao Consello Xeral do Poder Xudicial (CXPX)⁵⁴, durante o ano 2017 denunciáronse en España 166.260 casos de violencia de xénero e en Galicia un pouco mais de 6.400 casos (*Táboa 1.3*).

Táboa 1.3. Número de denuncias por violencia de xénero en España e Galicia entre os anos 2009-2016.

Ano	Nº denuncias en España	Nº denuncias en Galicia
2009	135.540	6067
2010	134.105	5270
2011	134.002	5153
2012	128.543	4788
2013	124.893	5174
2014	126.742	5209
2015	129.193	5210
2016	142.893	5683
2017	166.260	6436

**Fonte: Elaborado a partir dos datos do CXPX⁵⁴.*

Este organismo tamén ofrece a taxa de vítimas de violencia de xénero (número de denuncias por cada 10.000 mulleres). 66,65 de cada 10.000 mulleres presentan denuncia por violencia de xénero en España no ano 2017. As comunidades cunha taxa superior foron Baleares, Murcia, Canarias, e Valencia mentres que A Rioxa, Castela e León e Galicia presentan as taxas mais baixas (**Figura 1.6**).

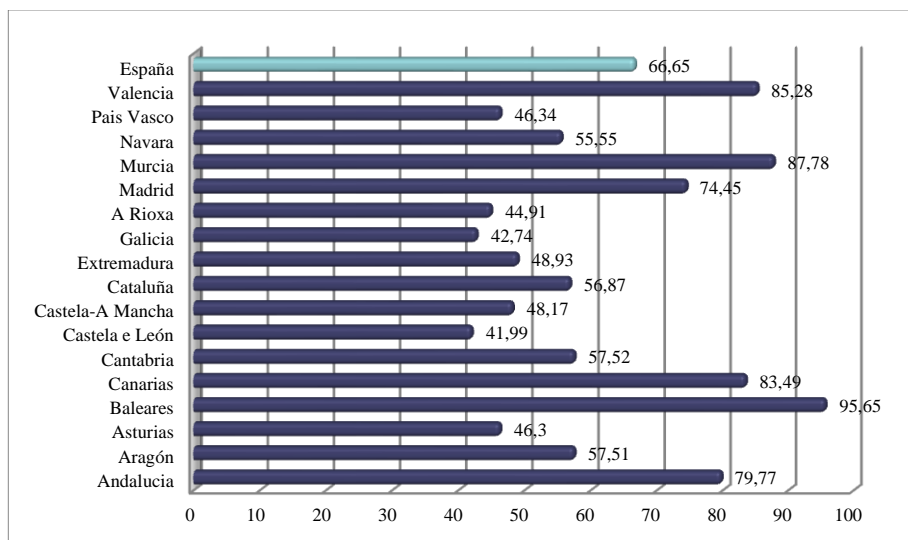


Figura 1.6. Taxa de mulleres vítimas de violencia de xénero por cada 10.000 mulleres no ano 2017 en España e nas Comunidades Autónomas.

**Fonte: Elaborado a partir dos datos do CXPX⁵⁴.*

A pesar de que o número de denuncias é o principal indicador utilizado para coñecer o número de casos novos anuais, é preciso destacar que se considera que os casos denunciados so representan o 10-30% dos casos reais⁵⁵ e que a maioría (75-80%) dos casos de violencia de xénero non se denuncian⁵⁶. Ademais, aínda que persiste a crenza de que é común que as mulleres presenten denuncias falsas, considérase, tal e como apuntan diversos autores⁵⁷, que nos casos de violencia de xénero estas son practicamente inexistentes. O CXPX

tamén describiu que no ano 2016 o número de casos de denuncias falsas foi inferior ao 1%⁵⁸.

1.4.3. Víctimas mortais

En canto á mortalidade, algúns autores describen unha tendencia á alza^{59,60}. A OMS destaca que o 38% dos asasinatos de mulleres no mundo son perpetrados por parte das súas parellas sentimentais¹¹. En Europa esta porcentaxe é mais baixo, supón o 20% mentres que en rexións como sueste asiático case que o 60% dos homicidios femininos teñen lugar nun contexto de violencia de xénero (**Figura 1.7**). Os estudos internacionais destacan que entre o 55,3% e o 10% dos homicidios de mulleres están relacionados coa violencia de xénero^{62,63} mentres que os nacionais amosan unha porcentaxe algo superior, do 63,2%³.

Na **Figura 1.8** amósase o número de vítimas mortais españolas e galegas entre os anos 2006 e 2017, segundo os datos do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (MSSSI)⁶⁴. Nos últimos 11 anos, morreron en España unha media de 60,25 mulleres por ano. No ano 2015, 60 mulleres faleceron a mans do seu compañeiro sentimental e no 2016 o número vítimas mortais foi de 44, mentres que no 2017 a cifra foi de 51 mulleres. Neste mesmo período, o número medio de mulleres falecidas en Galicia foi de 3,83. No ano 2015, faleceron 8 galegas mentres que no 2016, faleceron 3 mulleres. No ano 2018, ata abril o número de vítimas mortais por violencia de xénero en España ascende a 11, ningunha de elas galega.

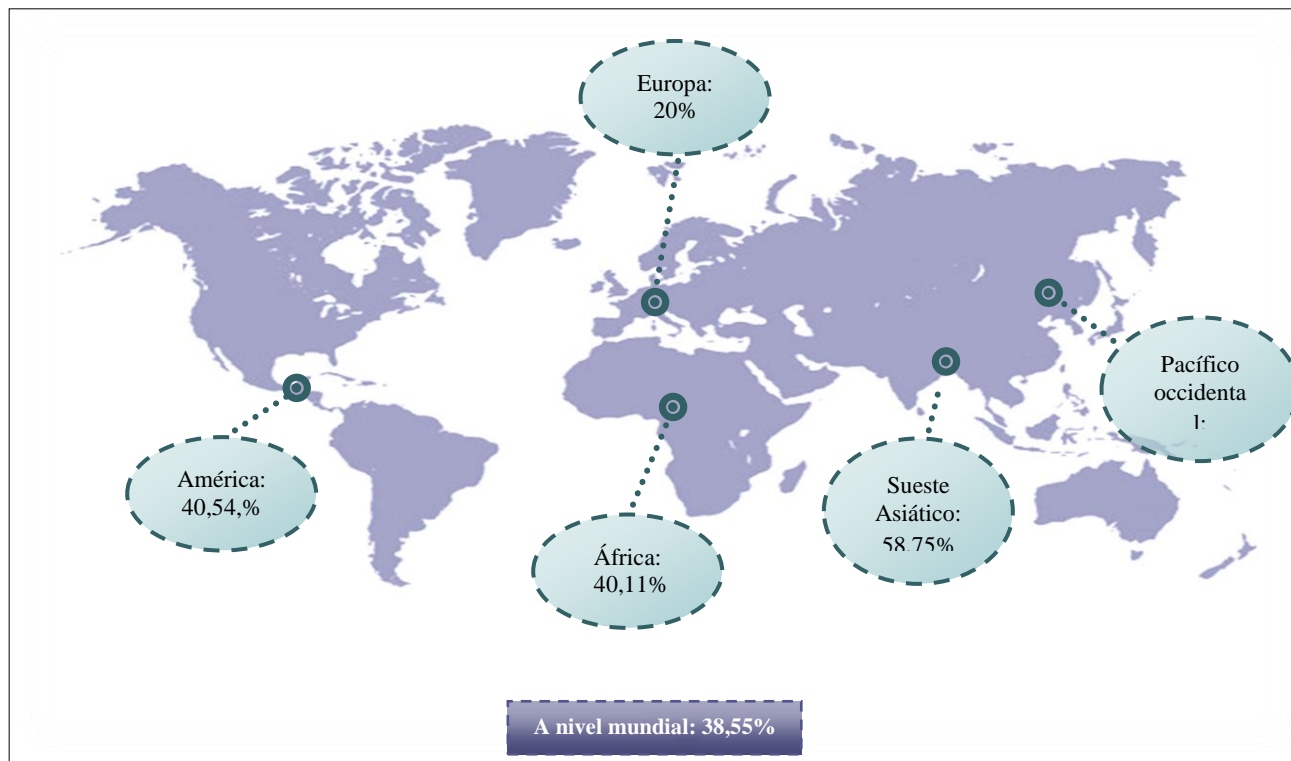


Figura 1.7. Prevalencia de homicidios por violencia de xénero entre a totalidade de homicidios femininos

**Fonte: Elaborado a partir Stöckl et al⁶¹.*

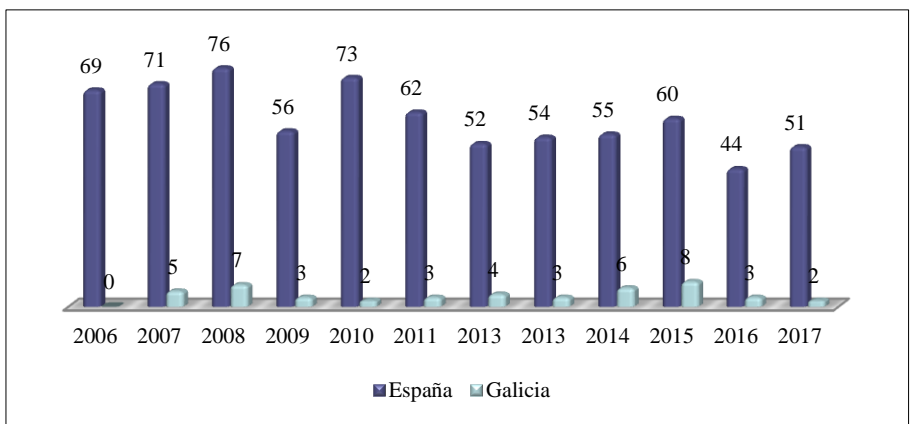


Figura 1.8. Evolución das vítimas mortais por violencia de xénero en España e Galicia entre os anos 2006 e 2017 .

**Fonte: elaborado a partir dos datos do MSSSI⁶⁴.*

Cabe salientar que tan so o 31% das mulleres falecidas en España entre os anos 2006 e 2017 interpuxeran denuncia. Na **Figura 1.9** amósase os casos de homicidios indicando nos que había ou non denuncia. Nos primeiros 4 meses do ano 2017, tan so 3 das mulleres falecidas denunciaran os feitos.

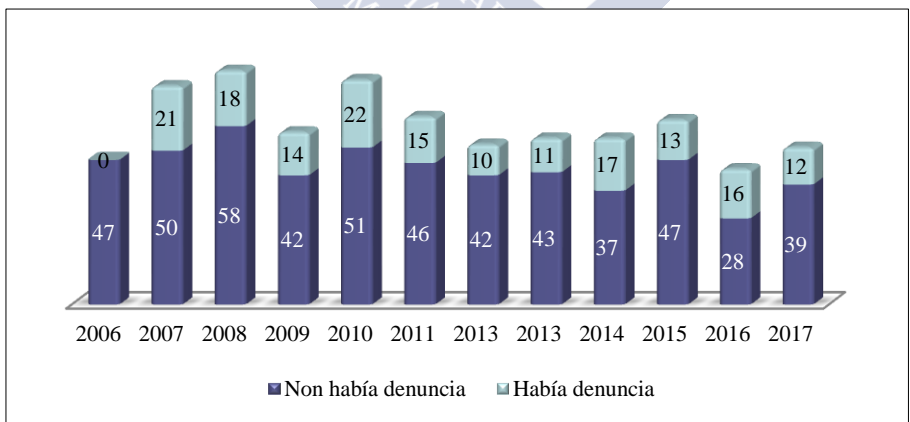


Figura 1.9. Evolución das vítimas mortais por violencia de xénero en España que interpuxeron ou non denuncia entre os anos 2006 e 2017.

**Fonte: elaborado a partir dos datos do MSSSI⁶⁴.*

1.5. ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

A pesar de que a violencia de xénero é unha das manifestacións mais claras da desigualdade entre homes e mulleres, durante décadas foi considerada unha cuestión privada que debía permanecer silenciada e oculta. Co paso dos anos, converteuse nun problema público, foco de atención de moitos investigadores que intentaron identificar os factores de risco ou causas de esta problemática.

Nun primeiro momento, foi atribuída á existencia de trastornos nalgún dos implicados, á aprendizaxe de comportamentos violentos durante a infancia ou a dominación masculina nas relacións afectivas². Por outra parte, os discursos mais feministas consideran como única causa a variable xénero. Segundo este enfoque, a violencia contra a muller na relación de parella sucede polo simple feito de ser muller e é produto da desigualdade, subordinación ou discriminación da muller⁷. Esta visión, que mantén como única causa da violencia de xénero as desigualdades entre homes e mulleres, foi e é moi discutida xa que non explicaría por que esta violencia tan so é exercida por un grupo de homes e non afecta a todas as mulleres. Tampouco explicaría a existencia deste tipo de violencia en países con boas políticas de igualdade ou as baixas taxas de violencia de xénero en países con grandes desigualdades⁷. É, polo tanto, erróneo ligar a violencia de xénero a un só factor e tampouco se pode afirmar que sexa produto da interacción de diversos factores sen ter en conta a desigualdade entre homes e mulleres existente na sociedade.

A finais do século XX, xorden as primeiras teorías e investigacións que inclúen a súa etiopatoxénese, como calquera outro problema de saúde pública, dentro dunha visión ecolóxica, atribuíndo

a súa aparición á combinación de diferentes factores que favorecen tanto a vitimización da muller como a perpetración deste delito por parte do home. Así, considérase un problema transversal que afecta a todos os segmentos da sociedade independentemente da idade, etnia, nivel socioeconómico, nivel educativo ou crenza relixiosa⁶⁵. Tal e como apuntan *Sans e Sellares*⁶⁶, non existe un perfil típico de muller maltratada se non que se da en todas as clases sociais, relixións e niveis educativos. Así mesmo, tampouco existe un perfil característico de agresor²¹. Dentro desta corrente o modelo teórico mais aceptado é o de *Heise*⁶⁷, quen propuxo un marco ecolóxico integrado no que se considera que a violencia de xénero non depende só de factores individuais. Trátase dun problema complexo no cal non existe un único factor causal, se non que está determinado pola combinación de diferentes factores que poden favorecer a violencia ou protexer fronte a ela. Este teoría é actualmente compartida e ratificada pola maioría de autores^{2,18,68-70}. Tal e como se mostra na **Figura 1.10**, considérase que a violencia de xénero é produto da interacción de factores individuais (existen diferentes características tanto da vítima como do agresor que poden incrementar a probabilidade da violencia, como factores biolóxicos ou a súa historia persoal), situacionais (diversas características da relación de parella e do núcleo familiar tamén fan mais probable o maltrato), sociais e comunitarios (normas, actitudes, crenzas).

1.5.1. Características da vítima

Aínda que non existe un perfil de muller maltratada e que calquera pode sufrir violencia por parte do seu compañeiro



Figura 1.10. Factores de risco da violencia de xénero.

sentimental, demostráronse una serie de factores de risco, que poden variar en distintos países e culturas⁷¹. Numerosas investigacións realizadas en diversos ámbitos e países destacaron que factores como a idade, o estado civil, o nivel socioeconómico ou a nacionalidade se asocian a unha maior probabilidade de victimización^{5,42,59,72,73}.

Diferentes estudos evidenciaron que as mulleres que presentan maior risco de sufrir malos tratos por parte do seu compañeiro sentimental son as *mulleres novas*, con idades entre 21 e 50 anos^{5,42,68,74}, describíndose que o maltrato é máis frecuente nas menores de 50 anos^{5,14,69}. Aínda así, existe unha gran controversia sobre se aumenta ou diminúe a vulnerabilidade co paso dos anos. Estudos nacionais demostraron que a idade é un factor protector, sendo menor o maltrato nas mulleres de maior idade^{8,75-77}, que manteñen relacións sentimentais mais largas e estables⁷⁸. Pola contra, outros autores non consideran a idade un factor de protector, destacando que nas mulleres maiores o risco se incrementa, sendo mais común que a violencia permaneza oculta⁴¹. Así, autores como *Bonomi et al.*⁷⁹ consideran que estas mulleres non soen declarar e recoñecer o maltrato, xa que a veces teñen unha percepción distinta da violencia e non consideran os feitos como tal. Outros autores⁸⁰ amosaron que é mais frecuente que as mulleres de menor idade contacten co sistema xudicial e denuncien os feitos, demostrando unha diferenza estatisticamente significativa entre as vítimas menores de 30 anos e as mulleres maltratadas mais maiores.

A pesar de que as diversas investigacións non mostran resultados unánimes ao respecto, a última etapa da vida das mulleres é crítica, sobre todo a etapa da xubilación⁸¹, na que pode producirse a

acumulación de diferentes factores que aumentan a vulnerabilidade. Nesta etapa as horas de convivencia coa parella aumentan, o que pode desencadear por parte do agresor un maior control do tempo, situación, actividades e círculo social das mulleres. Ademais, en idades avanzadas a dependencia do agresor é maior, sobre todo a económica, o que impide que decidan terminar coa relación. A isto hai que engadirlle a existencia de problemas de saúde, en ambas partes, que contribúe a continuar coa relación. A posibilidade dunha separación tamén pode verse afectada pola falta de apoio por parte do fillos que en ocasións amósanse reticentes a que súa nai deixe só a seu pai, centrándose máis no futuro deste que no benestar da nai.

En canto ao estado civil, tradicionalmente o matrimonio formal foi considerado un factor protector e o feito de estar *solteira, separada ou divorciada* foron considerados entre os principais factores de risco^{65,73,77,82-84}. De feito, estudos internacionais amosan porcentaxes de ata o 69%⁸⁵ de mulleres separadas ou divorciadas, e a nivel nacional os estudos mostran cifras de máis do 40%^{75,86}. Así mesmo, diversos autores demostraron unha asociación entre estar separada ou divorciada e ser vítima de violencia de xénero^{43,83}. Pola contra, existen estudos que describen unha porcentaxe de mulleres casadas importante. A nivel internacional, mostran porcentaxes de entre o 44% e o 80% de mulleres casadas^{87,88}, mentres que en estudos nacionais estas chegan a representar ata o 50% da mostra^{14,48,69,74}. Estudos máis actuais⁷⁶ consideran o matrimonio un factor de risco que prevé unha maior victimización.

A maioría das mulleres maltratadas teñen *fillos*^{14,47,48,69,89}, frecuentemente entre 1 e 2^{48,86}. *Canaval et al.*⁵ describe, no seu estudo, unha media de 2,3 fillos por muller. Demostrouse, ademais,

unha asociación entre o número de fillos e a probabilidade de sufrir violencia de xénero, cun maior risco naquelas mulleres con máis de tres fillos ao seu cargo^{69,75}. Estudos tanto internacionais⁸² como nacionais³⁸ tamén atoparon unha relación estatisticamente significativa entre o feito de que a muller teña fillos e sufra violencia de xénero. Supoñen, ademais, un condicionante da resposta da muller fronte á violencia^{69,90}.

As desigualdades de xénero existentes na sociedade entre homes e mulleres en canto á situación laboral ou económica aumentan o risco de violencia de parella^{68,90,91}. Considerase que o *baixo nivel educativo* é un factor de risco^{5,65,75,89,92,93}. Diversos estudos amosaron que o mais habitual é que as mulleres só cheguen a cursar estudos primarios^{5,14,48,74,75}. Non obstante, datos obtidos en diferentes publicacións mostran resultados contraditorios: un estudo comparativo realizado entre mulleres maltratadas e non maltratadas, non amosou diferenzas estatisticamente significativas en canto ao nivel de estudos³⁸, mentres que outro traballo realizado na India, si revelou que a alfabetización das mulleres constituíu un factor protector fronte a violencia de xénero⁴². Un estudo de poboación realizado en Perú evidenciou que unha educación superior ou universitaria diminúe a probabilidade de ser vítima de violencia de xénero⁹⁴. En contraposición, unha meta-análise recente destaca a influencia do contexto cultural xa que nalgúns países, como Kenia ou Pakistán, unha mellor formación da muller aumenta o risco de ser vítima de violencia de xénero, en vez de protexelas⁷⁶.

Tamén se describiu que a maioría das mulleres maltratadas pertencen a un *nivel socioeconómico baixo*, o que constitúe un factor de risco^{5,65,75,89,92}. Por outra parte, un estudo internacional atopou unha

relación inversa, asociando o baixo nivel socioeconómico coa menor probabilidade de violencia de xénero⁴¹.

Diferentes investigacións mostran que o *desemprego* é un factor de risco^{5,42,65,72,75}. Na literatura descríbense como principais situacións laborais das vítimas ser amas de casa^{14,48,93} ou estar en paro^{5,75,86}. No caso de que a muller conte cun traballo remunerado, o mais común é que se trate de traballos de baixa cualificación⁵. Diversos autores²¹ postulan que a baixa cualificación laboral pode ser consecuencia do intento do home de anular a súa parella, aumentando a súa dependencia e impedindo o desenvolvemento da súa autonomía persoal.

Estes factores asociados ás vítimas (nivel de ingresos baixos, baixa cualificación e desemprego) tradúcense nunha situación de dependencia económica do agresor que fai ás mulleres mais vulnerables e, na maioría dos casos, leva a que a vítima non decida rematar a relación e continúe coa parella a pesar das agresións. No estudo de *Labrador et al.*⁷⁵, un 38% das mulleres vítimas de malos tratos, a pesar de acudir a diversos centros en busca de axuda, seguían dependendo economicamente do agresor.

En canto ao lugar de residencia, algúns autores destacan o predominio do *entorno rural*⁹⁵, destacando que as mulleres que residen neste medio presentan unha serie de factores de vulnerabilidade tanto para a detección da violencia como para a posterior intervención e, mesmo algún estudo destaca unha maior probabilidade de ser asasinada⁹⁶ (*Táboa 1.4*). Neste entorno, a pobreza soe ser superior^{7,97}. Ademais, o afastamento dos núcleos de poboación provoca unha maior dificultade á hora de denunciar os feitos, que se

ve agravada polo gran control social existente. Unha vez interposta a denuncia o risco da muller de volver a sufrir o maltrato é mais alto, pois é mais difícil cumprir as ordes de afastamento. Nas zonas urbanas aumenta a porcentaxe de mulleres que declara violencia de xénero, xa que nos grandes grupos de poboación existe unha maior conciencia da gravidade deste problema⁹⁷. Por outra parte, existen estudos que atoparon resultados contrarios e destacan que existe maior probabilidade de violencia de xénero nas áreas urbanas^{72,83}. Zapata⁹³ amosa no seu estudo un maior numero de casos no urbano, sobre todo cando se produce agresión física e agresión reiterada, e destaca como posible etioloxía a maior inclusión da muller no mercado laboral.

Táboa 1.4. Condicións que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres que conviven no medio rural

Dificultade de acceso aos recursos pola súa dispersión e afastamento
Maior control social, é mais difícil o anonimato
Maiores dificultades para a protección. Nos pequenos municipios, os ordes de afastamento son mais difíciles de cumprir
Maior risco de inhibición profesional polo control social
Menor posibilidade de independencia económica

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

Tamén se evidenciou unha situación de especial vulnerabilidade nas **mulleres inmigrantes**. A propia LOVX, destaca este feito e resalta a maior dificultade que teñen á hora de acceder ás institución públicas³⁰. En canto a literatura internacional, algúns autores amosan maiores porcentaxes de vítimas nacionais⁸⁷, mentres que outros asocian este tipo de violencia a mulleres estranxeiras⁸⁵, atopando unha relación significativa entre o feito de que a muller sexa estranxeira e a violencia de xénero^{82,98}. Pola súa parte, estudos españois avalan estes resultados e postulan que ser estranxeira supón un factor que aumenta a vulnerabilidade das mulleres de ser vítimas de violencia de

xénero^{2,8,20,76,99}, xa que supón á acumulación de diversos factores como traballos máis precarios, peor acceso aos sistemas de apoio e servizos sanitarios, o descoñecemento do idioma ou a dependencia da parella (**Táboa 1.5**). A maior vulnerabilidade deste colectivo tamén pode estar ligada a pautas culturais (sobre todo en vítimas latinoamericanas) e relixiosas (musulmáns) respecto á relación de parella e tamén á falta de apoio familiar ou social^{8,100}. Para protexer a este colectivo propuxéronse una serie de medidas destinadas a evitar os posibles efectos discriminatorios como garantir o acceso equitativo aos servizos sanitarios e aos servizos de atención ás mulleres maltratadas.

Táboa 1.5. Condicións que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres inmigrantes.

Precariedade económica e laboral
Medo a ser expulsadas do país
Dificultades de comunicación e expresión
Dificultade de acceso aos recursos sociosanitarios
Ausencia ou escaso apoio familiar e social
Descoñecemento dos seus dereitos
Escasos intérpretes con formación en violencia de xénero
Situacións administrativas irregulares
Descoñecemento dos recursos dispoñíbles
Prexuizos, actitudes discriminatorias e desconfianza cara os profesionais

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

Na maioría dos estudos españois⁹⁹⁻¹⁰¹ a porcentaxe de mulleres inmigrantes que son vítimas de violencia de parella é de aproximadamente o 20%. Nun estudo realizado no País Vasco a partir de mulleres ingresadas en centros de acollida a porcentaxe de estranxeiras foi moi superior, mais do 50% da mostra analizada⁷⁴. *Echeburúa et al.*¹⁰² amosan unha porcentaxe de inmigrantes 7 veces superior ao esperable, segundo o autor. A taxa de atención sanitaria das vítimas de violencia estranxeira tamén se considera superior. Un

estudo nacional destaca que é 11 veces maior que a taxa de atención das mulleres españolas¹⁰³. Tamén se asocia a este colectivo unha maior probabilidade de ter fillos menores de idade o que pode relacionarse cun aumento da dependencia ao agresor⁸. Por último^{20,96}, é preciso destacar que estas teñen maior probabilidade de ser asasinadas. O risco de morrer por violencia de xénero é 5 veces maior para as mulleres estranxeiras que para as españolas²⁰.

Considérase que diversas etapas vitais como o *embarazo* e o puerperio supoñen unha situación de especial vulnerabilidade e maior risco. Nalgunhas ocasións é cando comeza o maltrato ou se fai evidente¹⁰⁴. Na enquisa realizada por *Morrillas et al.*¹⁰⁵, o 68% das mulleres recoñeceron que foron vítimas de violencia de xénero durante o embarazo, e en moitos casos o maltrato incrementouse en frecuencia ou intensidade. A enquisa realizada pola FRA amosa que o 42% das mulleres foron maltratadas durante o embarazo¹⁰. Nesta etapa aumenta a dependencia do agresor por medo ao futuro do neno.

A presenza dalgunha discapacidade física, sensorial ou psicolóxica tamén incrementa o risco, debido a que se asocian factores como maior dificultade para expresarse, menor capacidade para defenderse, menor acceso á información, maior dependencia e menor auto estima^{81,106} (*Táboa 1.6*). O risco de maltrato aumenta co grado de discapacidade da muller⁹⁷. A V Macro enquisa amosa unha relación estatisticamente significativa entre unha discapacidade maior ou igual ao 30% e ser vítima de calquera tipo de violencia por parte da súa parella actual ou ex parella, nalgún momento da súa vida⁴⁰.

Outra característica que aumenta a victimización é o consumo ou abuso de sustancias¹⁰⁷, describíndose como un dos principais

factores de risco^{94,108-113}. Hai estudos que relacionan o maltrato co consumo de diversas drogas (heroína, crack, cocaína ou drogas puras) por parte da muller¹¹⁴, pero considérase que a principal sustancia consumida é o alcohol¹¹. O consumo de alcohol incrementa a probabilidade de ser vítima de maltrato e supón nalgúns casos o motivo do inicio do abuso¹¹. Considérase que tamén incrementa a gravidade das agresións xa que reduce a capacidade das vítimas de protexerse ou de evitar unha situación violenta¹¹⁵. Outros estudos atoparon que o consumo de cannabis tamén aumenta a gravidade das agresións¹¹⁶. Ademais, a violencia de xénero inflúe de maneira negativa naquelas mulleres que decidiron deixar de consumir, xa que a maioría non o consegue e ten dificultades para completar os tratamentos de desintoxicación¹⁰⁷.

Táboa 1.6. Condicións que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres con discapacidade

Menor capacidade para defenderse
Maior dificultade para expresarse
Menor credibilidade do seu relato
Menor acceso á información, asesoramento ou recursos.
Maior dependencia de outras persoas
Maior dificultade de acceso a traballos remunerados e educación
Menor auto estima e menosprezo á súa propia imaxe
Menor independencia e maior control económico

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

Outro dos factores mais estudados é o **apoio social** en relación co maltrato. Defínese o apoio social coma a axuda (real ou percibida), tanto emocional como instrumental, por parte dos familiares, amigos, compañeiros de traballo, veciños, etc⁴⁸. A pesar de ser un factor difícil de valorar, diversos estudos demostran que as mulleres que non contan con apoio social presentan mais probabilidades de ser vítimas que as que si o teñen^{15,48,69,117} e mesmo existen autores que destacan

que o apoio social constitúe un factor protector para a violencia de xénero^{69,118}. *Plazaola Castaño et al.*⁴⁸ demostraron que as mulleres que referiron ter apoio social tiñan unha probabilidade un 89% menor de seren maltratadas que aquelas que non contaban con el. Porén, enquisas realizadas a partir de mulleres que xa solicitaron axuda en diversos centros, amosan que entre un 70% e un 93% das mulleres contaban con apoio social^{75,86}. Nestes estudos a muller xa tomara a decisión de terminar ca relación violenta e solicitar axuda, o que indicaría que é mais común que as mulleres acudan a centros de axuda ou denuncien os feitos cando contan cunha boa rede familiar e social.

1.5.2. Características do agresor

Os estudos sobre as características do agresor son máis escasos cos referidos ás vítimas^{1,91}. A maioría céntranse nos aspectos psicolóxicos quedando nun segundo plano os factores socio demográficos, necesarios para intentar explicar os condicionantes deste feito delituoso.

A maioría de estudos describen un predominio de agresores **novos**, cunha media de idade inferior aos 40 anos^{1,21,94,100,110,119}, aínda que habitualmente teñen máis idade ca vítima¹⁰⁰. *Morillas et al.*¹⁰⁵ compararon a idade dos agresores ca das vítimas, encontrando unha media significativamente maior nos primeiros, sendo 3 anos mais vellos que a súa parella (homes 43,9 e mulleres 40,4 anos). Considérase que as parellas de menos idade son máis violentas e tanto estudos nacionais como internacionais destacan que a agresividade diminúe conforme pasan os anos^{78,100,119}.

Os estudos referidos ao *estado civil* dos agresores son escasos e os datos están influenciados pola natureza do estudo e a selección da mostra. Considérase que cando o home comeza a inflixir o maltrato adoita estar casado¹¹⁰, aínda que os estudos que se centran en agresores que cumpren condena amósannos que a maioría xa están divorciados cando ingresan en prisión¹²⁰⁻¹²². Outros estudos reflicten porcentaxes moi parecidos de homes solteiros, casados e divorciados^{119,123}. Cómpre destacar que a recollida desta variable nas distintas series é escasa^{1,100}.

En canto ao nivel socioeconómico, a relación co maltrato non está totalmente esclarecida. *Vives Cases et al.*¹²⁴ tras unha revisión sistemática de 10 estudos, concluíron que non hai suficiente evidencia empírica que asocie a violencia dos homes contra as súas parellas coa pertenza a un determinado nivel socioeconómico. A pesar disto, diversos estudos descritivos conclúen que o agresor frecuentemente pertence a un *nivel socioeconómico baixo*^{94,100,119,125}. Ademais, existen autores que relacionan este tipo de violencia coas taxas de desemprego^{76,126}. *Sanz-Barberto et al.*¹²⁶ nun estudo realizado a partir da macro enquisa española sobre violencia de xénero do ano 2011, demostraron que a medida que aumenta a taxa de desemprego masculino aumenta a probabilidade de que as mulleres sexan vítimas de violencia de xénero. Estudos actuais destacan que, ademais da taxa de desemprego masculina, outros factores como a desigualdade de ingresos entre homes e mulleres, aumentan a probabilidade de que o home sexa violento contra a súa parella¹²⁶.

No que se refire ao *nivel de formación*, a maioría dos estudos recollen que habitualmente os maltratadores só contan con estudos primarios^{21,100,119,122,127}. *Ackerson et al.*⁴² concluíron que o feito de que

un home conte cun nivel educativo alto diminúe a probabilidade de que abuse da súa compañeira sentimental. Así, a porcentaxe de agresores con estudos universitarios adoita ser moi baixo, próximo ao 1%^{100,122}. De feito, é habitual que aínda que teñan un emprego remunerado, desenrolen traballos de baixa cualificación¹²⁸.

No referente á nacionalidade, autores internacionais destacan a inmigración como un factor de risco¹¹⁷ e mesmo algúns postulan que este tipo de violencia é mais común nas minorías étnicas⁷⁸. Os estudos realizados a nivel estatal destacan una maior proporción de agresores españois, aínda que describen unha incidencia de *inmigrantes* superior ao 20%^{100,119}.

Durante os últimos anos, adquiriu gran importancia o estudo das características psicolóxicas do agresor. Describíronse unha serie de trazos de personalidade (**Táboa 1.7**) que actúan como factores precipitantes dunha conduta violenta. Diferentes publicacións^{78,119,121} puxeron de manifesto diversas *alteracións psicolóxicas* nos homes que maltratan as súas mulleres, como a falta de control de impulsos, dificultades na expresión de emocións ou celos patolóxicos. Os celos asociáronse, sobre todo, á violencia física e emocional, mentres que a impulsividade á violencia emocional¹²⁷.

Táboa 1.7. Características de personalidade do agresor que son indicadores de risco

Inestabilidade emocional
Dominación
Impulsividade e irritabilidade
Orgullo e auto estima alta
Susplicacia e desconfianza cara os demais
Sentimentos de inxustiza e resentimento
Ansiedade e tensión emocional

**Fonte: Adaptación de Rodríguez et al,⁹¹.*

Tamén se considera que os agresores poden presentar distorsións cognitivas dentro das cales destaca a persistencia de crenzas equivocadas sobre os roles sexuais e a inferioridade da muller, así como a consideración da violencia como forma lexítima para resolver os conflitos^{9,119}. Describíronse diversos ***trastornos de personalidad***, dentro dos cales destacan os trastornos antisocial, límite e narcisista, que levan asociada unha gran inestabilidade emocional que lles impide manter unha relación sentimental e os leva a actuar de forma agresiva ante diversas situacións (discusión, posible separación, etc)¹¹⁹.

A porcentaxe de agresores con trastornos mentais é moi variable segundo diferentes estudos. Nalgúns considérase que non afectan a máis do 20% dos agresores^{9,105}, mentres que noutros a cifra se incrementa ata o 33%¹²⁹. Un estudo nacional¹²², amosa unha porcentaxe moito maior, un 86,6% dos agresores condenados por violencia de xénero presentan polo menos un trastorno de personalidade, sendo o mais frecuente o trastorno obsesivo compulsivo, seguido do trastorno dependente de personalidade e o trastorno paranoico. Polo contrario, este traballo amosou baixas taxas de tendencias psicopáticas.

Considérase común que os maltratadores presenten algún tipo de antecedentes psiquiátricos. Estudos realizados a partir de agresores condenados por violencia de xénero constatan cifras superiores ao 30%, tratándose principalmente de condutas aditivas ou depresión^{121,122}.

Un dos principais factores investigados é o consumo de sustancias aditivas, describíndose que a probabilidade de agresión é 8

a 11 veces maior cando o home consume alcohol ou drogas¹³⁰. Aínda que non tódolos homes que beben maltratan as súas parellas, considérase que a prevalencia de consumo de alcohol é superior ao da poboación xeral^{7,111,131}. A maioría dos estudos amosan que cerca do 40% dos agresores abusan do alcohol^{94,100,111,129}, describíndose porcentaxes que chegan ao 89,3%¹¹¹. Durante os últimos anos aumentou a literatura que describe a relación coa violencia. Un meta análise demostrou asociación entre o consumo de alcohol e a violencia de xénero, aínda que tamén destaca que pode ocorrer nalgúns persoas pero noutras non, debido a que inflúen outros factores, como a insatisfacción da parella ou diversos conflitos¹³⁰. Un estudo realizado por *Llopis et al.*¹⁰⁸, na Unidade de Valoración Integral de violencia de xénero en Sevilla, intentou indagar se o consumo de alcohol é o causante da violencia de xénero ou se aumenta a agresividade dos maltratadores, observando que aumenta a violencia exercida pero tamén destaca, ao igual que o meta análise anterior, que o consumo non explica por si mesmo o emprego de violencia. Relaciónase ademais o alcohol con outros factores como altas taxas de desprego ou un menor nivel de estudos, características que tamén se asocian aos maltratadores. Ademais, se considera que os propios efectos psicofarmacolóxicos que provoca a intoxicación son responsables da violencia. En definitiva, a evidencia dispoñible amosa que o alcohol non supón un factor suficiente para explicar o maltrato, se non que funciona como desinhibidor, incrementando a probabilidade de que sucedan os eventos agresivos^{94,105,110,119,127}.

Independentemente do papel que xogue o alcohol, nas mulleres que viven con bebedores abusivos incrementase o risco de sufrir violencia e de que sexa máis severa^{10,132}. Diversos autores

demonstraron que os consumidores de alcohol presentan maior sintomatoloxía psicopatolóxica e personalidades mais impulsivas^{78,131}. A pesar de todo o anteriormente comentado, diversos estudos como o de *Caravaca et al.*¹²⁰ e o de *Nóblega*¹²⁷, non atoparon unha relación estatisticamente significativa entre o consumo de alcohol e a violencia de xénero.

No referente ao consumo de drogas de abuso, a porcentaxe de agresores consumidores habitualmente non supera o 20%^{117,129}. Un estudo nacional realizado a partir de agresores condenados por violencia de xénero que acoden a programas de tratamento psicolóxico, demostrou que as principais drogas consumidas foron o cannabis e a cocaína, cun 27,8% e un 20,3% de prevalencia, respectivamente¹¹¹. Nos agresores menores de 45 anos foi mais frecuente o consumo de haxix, cocaína ou anfetaminas. Noutra serie, incluíndo homes condenados por violencia de xénero, a porcentaxe de consumo foi superior (44,5% cannabis e 37,1%, cocaína)¹²⁰. É frecuente a combinación destas sustancias co alcohol o que aumenta a impulsividade e diminúe o control de impulsos, xerando un maior risco para a muller⁹¹.

Existen publicacións que destacan que a maioría dos agresores estiveron expostos a violencia e conflitos familiares durante a súa infancia^{59,94,133,134}. *Morillas et al.*¹⁰⁵ comprobou que na metade dos casos incluídos no seu estudo o agresor estivera exposto a malos tratos físicos e psicolóxicos na familia de orixe, sendo o maltratador habitualmente o pai e a principal vítima a nai, aínda que nos casos de violencia psicolóxica tamén era común que os fillos fosen vítimas. O feito de que os agresores sufriran abusos na infancia ou estiveran expostos a practicas disciplinarias irregulares ou demasiado duras

considéranse factores de risco¹¹⁹. Considérase así que este tipo de violencia pode ser produto da aprendizaxe de diversas condutas violentas e estritas durante o período de formación do menor¹⁰⁵. Aínda que, cómpre sinalar que non todos os nenos que sofren violencia se converten de maiores en agresores. *Carava et al.*¹²⁰ atoparon unha relación significativa entre os antecedentes de problemas no ámbito familiar durante a infancia e o consumo de alcohol e outras sustancias por parte do agresor.

Outro factor investigado nos homes que maltratan a súas parella son os antecedentes penais^{125,129}, describíndose porcentaxes de ate o 34,5% dos casos, tratándose principalmente de antecedentes por lesións, ameazas ou roubos¹²¹.

Aínda que as características descritas se relacionaron cos homes que maltratan as súas mulleres, existen estudos¹²⁷ que non encontraron asociación co maltrato. A literatura consultada describe que os homes que maltratan as súas compañeiras sentimentais responden a un perfil heteroxéneo^{21,100,109,122}.

1.5.3. Características da relación de parella e do contexto familiar

O contexto familiar ou as características da relación que mantén a parella poden fomentar a violencia e tamén agravar unha relación violenta existente. A literatura recolle que factores como compartir vivenda ou diversas características da familia, como convivir cos fillos, constitúen factores de risco^{72,82,135}.

Un dos principais factores descritos é a duración da relación. Diversas investigacións expoñen que con frecuencia as vítimas de violencia de xénero manteñen unha relación duradeira co agresor^{5,86}. A maioría mostran que a convivencia é, habitualmente, superior a 5 anos^{75,79,101} e en moitos casos, chega a superar os 10 anos^{5,15,136}. *Thompson et al.*⁶⁵ destacan que a convivencia nos casos de violencia psicolóxica é común se prolongue durante mais anos. Co tempo, nas parellas aparecen diversos conflitos que producen un deterioro da relación sentimental, así como da cohesión e da capacidade para expresar afecto e chegar a acordos⁷⁶.

O feito de convivir co agresor constitúe en si mesmo un factor de risco. Diferentes autores constataron que cando se produce a agresión, a maioría das vítimas conviven coa súa parella^{47,69,100}. Considérase un factor que limita moito as posibilidades da muller de terminar coa relación violenta xa que dificulta a busca de axuda. Os estudos realizados ao respecto amosan resultados contraditorios. Algúns mostran que cando as mulleres deciden terminar coa relación e pedir axuda é común que xa non convivan co agresor⁷⁵. *Fontanil et al.*¹³⁶ describen, na súa serie, que o 29% das mulleres aínda convivía co agresor cando solicitaron axuda en centros de apoio. *Morillas et al.*¹⁰⁵ no seu estudo mostraron resultados similares. Moitas mulleres aínda estaban casadas e compartían a vivenda co agresor cando acudiron a pedir axuda e as que xa estaban en trámites de separación facía moi pouco que deixaran de convivir. *Bosh et al.*¹³⁷ destacan que tan so a metade das vítimas do seu estudo estaba separada ou en trámites de separación pero case o 20% seguían convivindo co agresor.

Sen embargo, o feito de que a muller termine a relación non supón que a violencia remate. Non é so un problema derivado da relación e dos conflitos de parella, se non que é un problema do agresor⁹⁷. A FRA destaca que o fin da relación non supón un menor risco de ser vítima de violencia de xénero. Cando as mulleres deciden dar este paso seguen sendo vulnerables aos abusos¹⁰. Diversos estudos amosan que son frecuentes os casos de violencia producidos cando a parella xa tomou a decisión de terminar a relación e xa non conviven^{75,100}. De feito, en moitos casos cando a muller decide separarse o maltrato non só non termina se non que se intensifica. *Ruiz et al.*¹³² consideran que a separación ou o divorcio supoñen un factor de risco para o maltrato, producíndose agresións mais graves.

A violencia de xénero vese tamén influenciada polo contexto familiar. O tamaño da unidade familiar está considerado un factor de risco, sendo a violencia máis frecuente en familias numerosas^{69,75,77}. Nos casos nos cales a parella convive é común que tamén comparta a vivenda cos fillos^{69,79,101,108,135}. Na literatura descríbense porcentaxes de ata o 82% dos casos¹⁰⁵. Un estudo realizado por *Echeburúa et al.*¹⁰⁰ a partir de casos denunciados amosa que a metade das parellas convivía cos fillos, e o 2,6% con outros familiares. A existencia de outras persoas (fillos, familiares, persoas dependentes...) considérase un factor de stres engadido⁷⁶. Diversas decisións, como a educación dos fillos, ou o feito de que a muller dedique parte do seu tempo a coidar a unha persoa dependente, poden ser motivo de discusións entre a parella que incrementen o clima violento. Ademais, estas persoas poden ser tamén vítimas de violencia, tanto de maneira indirecta como directa. A literatura^{75,79,138} destaca aos menores como o principal colectivo afectado.

1.5.4. Características socioculturais

A violencia de xénero é un dos tipos de violencia mais influenciado por factores sociais e culturais. Considérase que constitúen un importante factor de risco para que se desencadee ou se incremente a súa gravidade, e xogan tamén un papel relevante á hora de que a muller decida terminar coa relación. Diversos autores, como *Jewkes*¹⁸, postulan que este tipo de violencia é sobre todo produto do seu contexto social e, *Caetano et al.*⁷⁸, destacan que a orixe deste problema é probablemente o resultado das interaccións entre as características individuais e o entorno.

A literatura considera que un dos principais factores de risco é a **pobreza**^{18,97}, debido sobre todo ao stres que provoca na parella. Un meta análise realizado recentemente destaca como factores de risco, un baixo desenvolvemento económico do país así como dos dereitos sociais e políticos⁷⁶.

Considérase que unha maior integración da muller na sociedade protexe da violencia^{21,48,69,132}. Está comprobado que aqueles países con maior incorporación da muller ao mercado laboral ou maiores políticas de igualdade presentan menores taxas de violencia de xénero. Por outra banda, moi relacionado está o feito de que a muller conte con apoio social, que como xa comentamos anteriormente constitúe un dos principais factor protectores. Un boa integración social e as fontes de apoio, tanto sociais como familiares, diminúen o risco das mulleres de ser vítimas de violencia de xénero. Ademais dun importante factor preventivo, é clave tamén na actitude das mulleres, con mais probabilidades de saír da situación de violencia e refacer as súas vidas²¹.

As normas sociais aceptadas pola comunidade teñen, así mesmo, un peso fundamental na orixe e dinámica desta violencia. A aceptación da violencia como medio para resolver os conflitos aumenta as probabilidades de que a muller sufra violencia de xénero⁹. Polo tanto, considérase que existe unha correlación entre as actitudes positivas cara o uso da violencia e a realización destes actos violentos⁷⁶, incrementando o risco de violencia¹⁸ tanto a curto como a longo prazo, xa que o entorno violento inflúe na educación e no futuro comportamento dos nenos. Diminúe as súas habilidades para resolver os conflitos sen violencia e teñen mais probabilidades de ser violentos coas súas parellas nun futuro^{16,17}.

Tamén destacan como factores de risco a permanencia na sociedade de normas de xénero tradicionais, a desigualdade entre homes e mulleres e a aceptación do dominio dos homes sobre as mulleres, consideradas aínda como o sexo débil, o que se traduce na dominancia do xénero masculino dentro das relacións de parella⁷⁶.

1.6. CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA DE XÉNERO

A violencia de xénero ten unhas características particulares que difiren cualitativa e cuantitativamente das que se producen noutras vítimas e que van a condicionar as súas consecuencias.

1.6.1. Tipos de violencia

Dentro do contexto da violencia de xénero, existen diferentes formas de maltrato. A clasificación máis aceptada e utilizada é a que

divide a violencia en función da natureza dos actos: violencia física, psicolóxica e sexual^{86,138,139}.

- **Violencia física:** Comprende calquera acto deliberado, non accidental, de forza física que pode producir unha lesión, dano ou dor ou ben unha enfermidade ou o risco de padecela. Consiste en golpes, patadas, empuxóns, tiróns de pelo, dentadas, queimaduras, feridas con arma, fracturas, privación de coidados médicos... Pode ser mais ou menos grave e incluso ter consecuencias fatais e terminar coa morte da muller. O principal propósito é ferir á vítima para crear así un suxeito altamente vulnerable. Cómpre destacar que calquera forma de violencia física leva á violencia psicolóxica¹⁰⁵.

- **Violencia sexual:** Inclúe calquera acto sexual non consentido pola muller. Forman parte deste tipo de violencia ademais de actos sexuais nos que se manteña un contacto corporal (prácticas sexuais non desexadas, violación...), aqueles nos que non exista contacto pero que afecten á saúde sexual e reprodutiva da muller (exhibicionismo, acoso sexual, mensaxes obscenos por correo electrónico ou teléfono...). Tamén están considerados como violencia sexual todos aqueles feitos que restrinxan os dereitos sexuais e reprodutivos das mulleres, e dicir, tódolos actos que afecte á liberdade da muller para gozar libremente da súa vida sexual sen risco para a súa saúde e exercer o seu dereito á maternidade. Ao igual que a violencia física, calquera tipo de violencia sexual leva implícito un abuso psicolóxico.

- **Violencia psicolóxica:** Comprende todas as agresións intelectuais, morais ou verbais que produzan a desvalorización da muller atentando contra a súa integridade psíquica e emocional, así como contra a súa dignidade. A súa finalidade é a anulación da muller

xa que con ela preténdese, en moitos casos, impoñer as pautas de comportamento que o home considera que debe ter a súa parella. Manifestase mediante: insultos, ameazas, chantaxes, humillacións, vexacións, illamento social, a exixencia de obediencia, a privación de liberdade, o rexeitamento.... Este tipo de violencia non é tan visible como a física ou a sexual polo que é mais difícil de demostrar. Ademais, a veces, a vítima non reconece este tipo de violencia porque atribúe estes feitos como propios da relación de parella ou como propios do carácter do agresor.

Destro de este último tipo de violencia, diversos autores^{70,118} inclúen outras como *violencia ou control económico, ou a violencia espiritual*. A violencia económica consiste na privación do acceso a diversos recursos como contas bancarias ou a destrución por parte do agresor dos bens materiais da vítima. Implica o manexo abusivo de recursos da vítima. A violencia espiritual refírese a todas aquelas condutas que tratan de erosionar ou destruír as crenzas culturais ou relixiosas da muller a través do ridículo e o castigo ou o ben obrigá-la a que esta acepte un sistema determinado de crenzas. Tamén se poden diferenciar outros tipos de violencia⁸¹: *violencia ambiental* (accións violentas dirixidas contra o entorno- romper e golpear obxectos, maltratar animais- coa finalidade de intimidar a muller), *violencia simbólica* (consiste na representación das mulleres nos medios de comunicación, no arte... como seres subordinados ou como obxectos sexuais) ou *violencia social* (humillacións, burlas en público cara a muller, condutas de sedución cara outras mulleres en presenza da parella).

A pesar de que a maioría de estudos empíricos utilizan esta clasificación para analizar a prevalencia dos distintos tipos de

violencia, os resultados que amosan son moi heteroxéneos, tal e como se pode comprobar na **Táboa 1.8**. Aínda así, pódese destacar que o máis común é a combinación de violencia física e psicolóxica^{65,74,75,83,85,117,140,141}. Nos estudos descríbense porcentaxes de entre o 42% e o 71% de mulleres que foron vítima destes dous tipos de abuso^{15,75,80}. Por outra parte, *De Cristino et al.*¹⁰³ encontraron, na súa serie, que en pouco mais do 20% dos casos as mulleres foran vítimas tanto de violencia física como psicolóxica.

Se analizamos os tipos de maltrato de maneira individual, obsérvanse prevalencias de violencia física superiores ao 70%^{74,103,136}. Este tipo de maltrato é o mais fácil de analizar, por ser mais evidente, debido as lesións que produce⁸⁰. O estudo da violencia psicolóxica por si soa é mais complexo, os seus efectos non son tan visibles e na maioría dos casos vai intimamente ligada a violencia física. Existen autores que destacan a violencia psicolóxica illada como a mais frecuente^{46,47,90,109,144}. En canto a violencia sexual, considérase que en torno ao 10-30% das mulleres maltratadas sufriron este tipo de abuso^{46,75,80,100,137}, aínda que nalgúns estudos atópanse porcentaxes mais elevados, de entre un 38 e un 41%^{15,38,105}. É frecuente que esta ligada á violencia física⁴⁰.

Ademais desta clasificación, aceptada e usada tanto para a violencia de xénero como para outros tipos de violencia, describíronse outras mais específicas. *Johnson*¹⁴⁵ propuxo unha nova clasificación, que foi aceptada por outros autores¹⁴⁶. Diferenciou dous tipos de violencia, atendendo ao control exercido sobre a muller: a **violencia controladora ou coactiva** (tamén coñecido como terrorismo íntimo), na cal o fin é controlar á muller; e a **violencia situacional**, violencia episódica asociada a situacións críticas como os problemas cotiás ou

Táboa 1.8. Prevalencia dos tipos de maltrato segundo os diversos estudos

Artigo	Ano	Breve descrición do estudo	Tamaño da mostra	Prevalencia dos distintos tipos de maltrato
<i>Al-Atrushi et al.</i> ⁴⁶	2013	Enquisa a mulleres de entre 16 e 65 anos que acoden a centros sanitarios en Erbil	800	Psicolóxico: 52,6% Físico: 38,9% Sexual: 21,1%
<i>Fernández-González et al.</i> ⁷⁴	2016	Análise dos expedientes de mulleres ingresadas en centros de acollida (urxencias/media - larga estancia) do País Vasco	834 / 84	Físico: 84,7% / 85,9% Psicolóxico: 96,4% / 98,8% Sexual: 12,8% / 22,6% Social: 22,7% / 39,3% Económico: 14,7% / 32,1%
<i>Labrador et al.</i> ⁷⁵	2011	Entrevistas a mulleres que acudiron en busca de axuda en centros de atención de vítimas de Madrid	212	Psicolóxico: 29,8% Físico (e psicolóxico): 54,4% Físico e/ou psicolóxico e sexual: 19,8%
<i>Sarasúa et al.</i> ⁸⁰	2007	Entrevista a vítimas novas / maiores que demandan tratamento psicolóxico nun programa do País Vasco	63 / 85	Físico e psicolóxico: 71,4% / 42,4% Só psicolóxico: 28,6% / 57,6% Sexual: 39,7% / 31,8%
<i>De Cristino et al.</i> ¹⁰³	2012	Historial clínico de mulleres atendidas por violencia de xénero en urxencias en centros sanitarios de Córdoba	260	Física: 71,2% Psicolóxico: 6,2% Sexual: 1,9% Físico e psicolóxico: 20,8%
<i>Fontanil et al.</i> ¹³⁶	2002	Enquisa anónima a mulleres que solicitan axuda en asociacións ou casas de acollida	66	Físico: 87,9% Psicolóxico: 97% Sexual: 40,9%
<i>Kamimura et al.</i> ¹⁴²	2014	Enquisa autoadministrada a mulleres de entre 18 3 62 anos que utilizan os servizos de saúde comunitarios en Gujarat, India	83	Só psicolóxico: 9,6% Só físico: 37,3% Físico e psicolóxico: 14,5% Psicolóxico e sexual: 1,2% Físico e sexual: 9,6% Físico, psicolóxico e sexual: 27,7%
<i>Delamou et al.</i> ¹⁴³	2015	Entrevista a mulleres que acoden a clínica de planificación familiar en Conakry, Guinea	213	Psicolóxica: 79,3% Física: 48,3% Sexual: 68,1%

ao manexo da ruptura. Esta última é produto da falta de habilidades de comunicación e frecuentemente se atenúa trala ruptura, aínda que pode ser que nalgúñas situacións se manteña ou mesmo se intensifique. Esta última é a mais común dentro deste contexto e supón o 89% da violencia, mentres que a coactiva o 11% restante¹⁴⁶.

Por último, é preciso destacar que, coa aparición nas últimas décadas de novas tecnoloxías da información e da comunicación, sobre todo Internet e o uso das redes sociais, comezan a aparecer outros tipos de violencia, como o "ciberacoso"¹⁴⁷. Consiste nunha intromisión repetida e sen consentimento na intimidade da vítima a través dos novos medios de comunicación. O agresor exerce dominación sobre ela mediante estratexias vexatorias que afectan a súa intimidade e integridade. Trátase dun tipo de violencia que vai en aumento, sobre todo na xente mais nova^{97,147}.

1.6.2. Dinámica da violencia

As evidencias dispoñibles indican que este tipo de violencia habitualmente aparece ao inicio da relación de parella, incluso na etapa de noivos¹³⁷. Algúns estudos constataron que no 18,2 % dos casos analizados a agresión comezara cando a parella aínda non formalizara a relación¹³⁶. Diversas investigacións destacan que entre o 20 e o 60% das mulleres xa sufriran violencia durante o noivado^{102,105}. Como media, é común que a primeira agresión apareza dous anos despois de comezar a relación^{21,136,137}.

A pesar de que existen casos nos cales a vítima tan só sofre unha agresión ocasional, o mais probable é que o maltrato se repita. Nun primeiro lugar prodúcese a violencia psicolóxica, que habitualmente

dura mais tempo¹⁰⁵. Posteriormente, aparece a violencia física que reforza á primeira, producíndose así un ciclo de maltrato físico e psicológico¹³⁶. Este ciclo non sempre se cumpre, diversos estudos constataron casos nos cales se produciu maltrato físico de forma illada, sen producirse esta primeira fase de maltrato psicológico¹³⁷. Tralos primeiros episodios violentos é común que o agresor se arrependa pero, co paso do tempo, este arrepentimento tende a desaparecer, sendo a violencia cada vez mais recorrente. A pesar dos intentos dalgunhas das vítimas de saír desta situación, o maltrato habitualmente é de larga duración, o que pon de manifesto a cronicidade da violencia¹⁴⁸. Adoita prolongarse durante anos, aumentando tanto en frecuencia como intensidade^{21,100,137}. É común que se intensifique durante o último ano de convivencia, volvéndose mais frecuente, incluso todos os días¹⁰². Diversos estudos describiron unha duración entre 1 e 4 anos⁷⁴, outros encontraron medias de entre 6 e 7 anos^{47,75} e nalgúns a duración do maltrato foi superior aos 10 anos^{105,137}, incluso chegando ata os 32 anos¹⁴⁹.

En canto aos mecanismos de abuso é moi difícil obter un coñecemento claro e unánime dos mesmos porque non existe un método estandarizado para describir como se producen as lesións e, en moitas ocasións, non se describen adecuadamente¹⁵⁰. Considérase que na maioría dos casos, estas mulleres sofren varios mecanismos de abuso^{136,151,152}. Polo que se refire a **agresión física**, o mais común e o golpe coa man, xa sexa aberta (labazada) ou cerrada (puñada)^{38,46,87,137}. Outro mecanismo moi presente é o uso de empuxóns^{38,102,137}, sendo nalgúns estudos como o de *Morillas et al.*¹⁰⁵ o mecanismo mais prevalente (60,7% dos casos). O estrangulamento

tamén é un mecanismo frecuente de agresión, chegando a ser utilizado ata nun 44% dos casos¹⁰².

A descrición dos mecanismos de *agresión psicolóxica* é mais escasa. Diversos estudos destacan que neste caso é moito mais común a combinación de varias formas de abuso, chegando a utilizarse ata 5 mecanismos diferentes¹³⁶. Os principais son insultos e ameazas, seguidos de humillacións e desvalorizacións^{46,102,136,137}. Tamén se consideran frecuentes outros como a ridiculización, o illamento social ou a chantaxe emocional¹⁰⁵. Outras formas de abuso moi presentes son as restricións económicas ou as retencións no fogar^{10,102}.

A utilización de *armas ou obxectos*, tanto para causar dano físico como para intimidar, é pouco frecuente¹³⁷. Diversos autores, destacan o uso ou lanzamento de obxectos coa finalidade de causar dano á vítima^{136,151}. Cómpre salientar que a presenza tanto de armas como obxectos nestes episodios violentos incrementa o risco de mortalidade^{150,153}.

No referente ao *momento e lugar* no cal se produce o evento lesivo, considérase que pode ter lugar a calquera hora do día e en calquera época do ano¹⁰⁵. O mais común é que teña lugar no domicilio familiar ou no domicilio dalgún dos membros da parella^{93,103,105,110,154}. Diferentes estudos describiron que a porcentaxe de casos que ocorren nun lugar público é menor do 15%^{93,103,110}, e frecuentemente trátase de maltrato psicolóxico¹⁰⁵.

Habitualmente o abuso ten lugar na intimidade da parella, sendo na maioría dos casos invisible para as persoas do seu círculo social¹⁵⁵. A pesar disto, constatouse que entre o 40% e o 70% dos casos son presenciados por terceiras persoas^{90,103,105}, sobre todo polos

fillos^{103,105,108,154}, seguido de estraños, a familia do agresor e en último lugar a familia da vítima¹⁰⁵. Chegáronse a constatar porcentaxes de ata 66% de casos nos cales os fillos/fillas foron testemuñas de episodios violentos¹⁰².

O consumo de sustancias no momento dos feitos constitúe un factor de risco importante que se asocia aos casos mais graves¹³² e sobre todo, fatais^{156,157}. A principal sustancia consumida é o alcohol⁷⁶, aumentando o risco de implicación en actos violentos tanto por parte do agresor como da vítima¹⁵⁸. Isto é debido ao efecto desinhibidor que produce no agresor^{108,110}, así como aos efectos negativos que este produce na muller, reducindo a súa capacidade de evitar ou protexerse ante un perigo¹¹⁵.

1.7. CONSECUENCIAS DA VIOLENCIA DE XÉNERO

A violencia de xénero constitúe un problema de saúde pública^{2-5,70} tanto pola súa magnitude como polas súas consecuencias, que son múltiples e afectan sobre todo a saúde e benestar das mulleres. Os efectos prodúcense a corto e a longo prazo, tanto no plano físico como psicolóxico, asociándose a altos índices de morbilidade e mortalidade¹⁵⁵. Ademais, a actitude do agresor e o clima violento van ter efectos no resto do núcleo familiar, sobre todo nos fillos e fillas que sufrirán tanto os efectos directos como indirectos desta violencia^{16,159}.

Destaca tamén o gran impacto na sociedade, requirindo da posta en marcha de campañas de prevención, tratamento e rehabilitación, que supoñen unha importante inversión en políticas sanitarias e sociais.

1.7.1. Consecuencias na vítima

A violencia de xénero constitúe un determinante para que a muller presente unha mala saúde¹¹. Existen múltiples vías a través das cales esta violencia pode producir resultados adversos na saúde da muller (**Figura 1.11**). A vía mais directa deriva do maltrato físico que desencadea os efectos mais evidentes e inmediatos, as lesións físicas, que poden producir discapacidades ou incluso a morte. Poden producir tamén diversos problemas a longo prazo, tanto na saúde física como psíquica da muller, que poden chegar a ser crónicos. Así mesmo, o maltrato psicolóxico e o estrés son factores que contribúen a diversos problemas mentais ou que as mulleres leven a cabo comportamentos de risco, como o consumo de sustancias aditivas. Ademais, o clima de medo e control pode limitar o acceso á asistencia médica desencadeando, nalgúns casos, graves consecuencias tanto na saúde sexual e maternal como na perinatal.

1.7.1.1. Consecuencias inmediatas

Considérase que a violencia de xénero é unha das causas mais frecuentes de lesións e morte na muller¹⁶⁰. Desde un punto de vista médico legal, podemos definir lesión como calquera dano causado na saúde física ou mental dunha persoa⁹¹. As lesións físicas constitúen os efectos máis visibles e directos do maltrato. Segundo un estudo da OMS, considérase que a metade das vítimas de violencia de xénero van a presentar algún tipo de lesión¹¹. En España, a V macro enquisa amosa que un 42% das mulleres sufriron lesións como consecuencia da violencia de xénero⁴⁰. Diversas investigacións encontraron porcentaxes de entre o 43,1% ata o 66%^{46,85}.

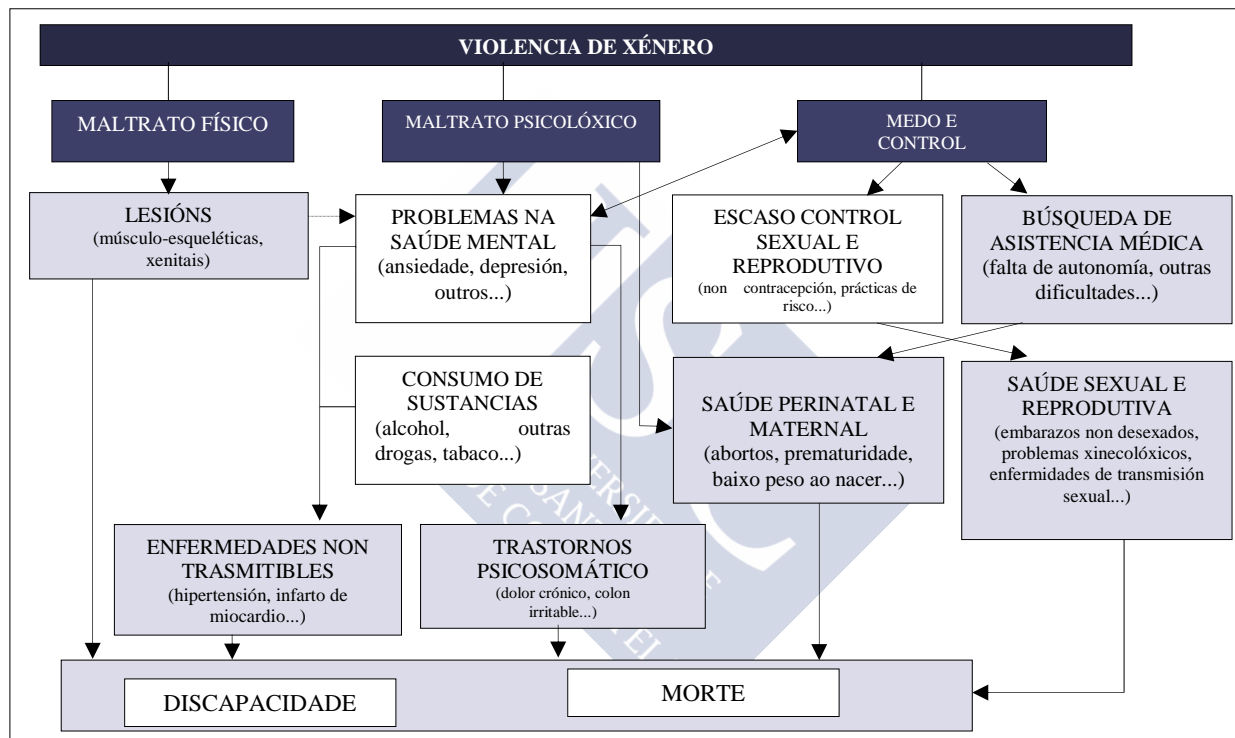


Figura 1.11. Violencia de xénero: vías e efectos na saúde.

**Fonte: Adaptado do informe da OMS¹¹.*

As lesións físicas abarcan toda a tipoloxía forense, desde simples contusións e erosións, ata feridas por armas e incluso queimaduras ou intoxicacións con fins criminais^{150,161}. Trátase de lesións de diversa gravidade, desde lesións superficiais menores como contusións, que son as máis frecuentes^{95,162-165}, ata lesións internas graves e traumatismos múltiples que poden ocasionar incluso a morte da muller. Diversas investigacións destacan os hematomas como o principal tipo de lesión¹⁶⁶. A maioría de estudos constatan que as lesións de maior gravidade son pouco frecuentes, afectando ao 5%-11% das vítimas^{46,95,164}.

En canto á localización das lesións, aínda que todas as rexións corporais poden verse afectadas, as máis comúns son a cabeza, o pescozo e a cara^{11,85,95,164,167}. A estas localizacións atribúeselles unha gran sensibilidade e unha baixa especificidade de maltrato á muller^{151,167-169}. Algúns investigadores propoñen que sexan consideradas marcadores de violencia de xénero¹⁷⁰. Outros estudos¹⁶⁵ describen como principal localización as extremidades superiores, compatibles con lesións de defensa⁸⁵. *Trias-Capella et al.*¹⁶⁵ amosaron que no 56% dos casos a muller presentou lesións nas extremidades superiores, seguidas de lesións na cara (53%), tronco e pescozo (38%) e extremidades inferiores (20%). A porcentaxe de mulleres que presentan lesións xenitais como consecuencia da violencia de xénero é inferior ao 10%¹⁵⁰.

O feito de que a maioría das mulleres sexan vítimas de diversos mecanismos de abuso é responsable de que presenten múltiples lesións de diferente tipoloxía. Unha investigación realizada en Grecia amosou que nas mulleres que tiñan lesións múltiples a probabilidade de presentar un historial de violencia de xénero era 15 veces maior en

comparación con mulleres cunha única lesión⁹⁵. Considérase común que as lesións sexan de diferente antigüidade e se atopen, polo tanto, en diferente estadio evolutivo.

As lesións asociadas á violencia de xénero xogan un papel fundamental durante o procedemento xudicial. Poden influír na decisión dos corpos de seguridade de archivar a denuncia, na do fiscal de presentar cargos ou na do xuíz de condenar ou absolver ao acusado^{171,172}. Polo tanto, é moi importante que os diversos profesionais sanitarios teñan en conta estas premisas debido a que as vítimas de violencia de xénero frecuentemente acoden aos servizos sanitarios en busca de axuda⁴. A porcentaxe de mulleres que buscan asistencia sitúase entre o 25%¹¹⁵ e o 50%^{75,90}, e incluso hai estudos, como o de *Morrillas et al.*¹⁰⁵, que alcanzan ao 63% das vítimas. En canto ao momento da asistencia, hai publicacións que describen que frecuentemente se realiza os fins de semana¹⁶⁵, aínda que outros autores sinalan que é mais común que teña lugar un día laborable e sobre todo pola tarde⁹⁵.

Nos casos mais graves de violencia de xénero o resultado pode ser a morte da muller. Dentro deste contexto o homicidio tamén é denominado por algúns autores co termo femicidio¹³². A OMS destaca que a violencia de xénero supón a primeira causa de morte para as mulleres de entre 16 e 44 anos, e case a metade de mulleres que morren como consecuencia dun homicidio fano en mans das súas parellas. Estudos internacionais describen como principais causas de morte os disparos por armas de fogo (28%) ou os apuñalamentos, presentes nun 24% dos casos analizados. No contexto nacional, o Centro Reina Sofía amosou que no 2006 a maioría de homicidios femininos pola parella foron producidos mediante armas brancas

(46,43%), e en menor medida, armas de fogo (22,82%)¹⁷³. Estes datos coinciden con outras investigacións³. Cómpre destacar tamén o estudo realizado recentemente polo CXPX a partir das sentenzas por homicidio no contexto da violencia de xénero do ano 2015. Das 36 sentenzas analizadas, no 31,4% dos casos o agresor utilizou varios mecanismos para acabar coa vida da muller, mentres que nos 68,6% de casos restantes, tan so utilizou un mecanismo: arma branca (25,7%), traumatismo cranial (25,7%), arma de fogo (14,3%) e estrangulación a lazo (2,8 %) ¹⁷⁴.

1.7.1.2. Consecuencias a longo prazo

O feito de que unha muller sufra violencia por parte do seu compañeiro sentimental supón un factor importante para o desenvolvemento de diversas enfermidades^{11,14,19,48,175} (**Figura 1.12**). A aparición de estas doenzas garda unha estreita relación dose - resposta coa gravidade e duración do maltrato: a maior intensidade e tempo de maltrato, mais problemas somáticos e enfermidades¹¹⁸. Ademais, estes trastornos persisten incluso despois de que termine a relación de maltrato¹⁵⁵.

Diversos estudos demostraron que as mulleres poden chegar a padecer un 60% máis enfermidades de carácter físico que as que non son vítimas de esta violencia¹⁷⁵. As lesións descritas no apartado anterior supoñen unha sintomatoloxía aguda e de carácter temporal que poden chegar a ocasionar discapacidades e problemas de saúde a longo prazo. Ademais, as vítimas poden presentar diferentes problemas de saúde crónicos¹⁷⁵ que afectan a distintos aparatos e sistemas, músculo esquelético (dolores reumáticos, artrite, dores

CONSECUENCIAS NA SAÚDE FÍSICA

- Lesións diversas (contusións, feridas, deterioro funcional)
- Dolores reumáticas (lumbalgia, cervicalgia, artritis)
- Sistomas neurolóxicos recorrentes (cefaleas, migrañas, problemas de audición e vista, desmaios, balbuceo/tartamudeo, amnesia)
- Trastornos cardiocirculatorios (ansina de peito, hipertensión arterial, infarto de miocardio)
- Trastornos gastrointestinais (colon irritable, úlcera de estómago, reflujo gástrico, dispepsia, dor abdominal, perda de apetito)
- Trastornos uro-renales (infección do tracto urinario, retención de orina)

CONSECUENCIAS NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUCTIVA

- Pérdida de desexo sexual
- Trastornos menstruais
- Enfermidades de transmisión sexual
- Embarazos non desexados e de alto risco
- Ameaza de aborto, aborto e morte fetal
- Parto prematuro e nenos con baixo peso ao nacer
- Problemas xinecolóxicos (dor pélvico crónico, dispareunia, trastornos menstruais, infeccións vaginales)

CONSECUENCIAS NA SAÚDE PSÍQUICA

- Depresión e/ou ansiedade
- Trastorno por estrés postraumático
- Anorexia e bulimia
- Trastornos psicopatolóxicos
- Abuso de alcol, drogas ou psicofármacos
- Tabaquismo
- Intento de suicidio e autolesións
- Somatización

CONSECUENCIAS NA SAÚDE SOCIAL

- Pérdida de emprego
- Absentismo laboral
- Illamento social
- Cambio de domicilio ou cidade
- Pérdida de apoios

Figura 1.12. Efectos da violencia de xénero na saúde da muller.

cervicais e lumbalxias), cardiovascular (infarto agudo de miocardio, anxina de peito), neurolóxico (balbúceo, tartamudeo, cefaleas). Considérase que o maltrato tamén se asocia cun aumento do risco de desenvolver outras enfermidades como hipertensión, diabetes, dor crónico, trastornos gástricos ou intestinais e/ou queixas somáticas¹⁴.

A saúde sexual e reprodutiva foi obxecto de numerosas investigacións^{117,175}, demostrándose que nas mulleres maltratadas son mais frecuentes as condutas sexuais de alto risco e enfermidades de transmisión sexual, así como embarazos non desexados e abortos voluntarios. Ademais, aumenta a morbilidade tanto materna como perinatal. O feito de que unha muller embarazada sufra violencia de xénero condiciona unha peor saúde mental sendo un factor de risco para a aparición de depresión post parto¹⁷⁶. Así mesmo, o maltrato asóciase con diversos problemas xinecolóxicos como dor pelviano crónico, hemorraxias, coitos dolorosos ou infeccións vaxinais. A OMS destaca que as mulleres que son vítimas de violencia sexual por parte da súa parella teñen 1,5 veces mais probabilidades de contraer o VIH, un 16% mais probabilidades de ter un bebé de baixo peso ao nacer e o dobre de probabilidades de sufrir un aborto, en comparación coas mulleres que non foron vítimas deste tipo de violencia¹¹.

A conduta agresiva do home afecta tamén ao benestar emocional da vítima e conduce ao seu desaxuste⁸⁶, o que vai estar agravado, na maioría dos casos, polo abuso psicolóxico que vai afectar á saúde mental das mulleres, tanto a curto como a longo prazo^{75,80}. O estudo realizado pola FRA¹⁰ amosa que a probabilidade de que as mulleres sufran consecuencias psicolóxicas á longo prazo é maior cando a violencia é exercida pola parella en comparación a outra persoa.

Constatouse nestas mulleres unha maior presenza de diversos trastornos psiquiátricos como ansiedade, depresión, trastorno por estres postraumático e síntomas somáticos^{15,86,138}. *Labrador et al.*⁷⁵ demostraron que o 37,3% das mulleres vítimas de violencia de xénero chegan a desenvolver trastornos de estres postraumático, un 69,6% depresión e un 44% ansiedade. Tamén é frecuente que estas mulleres presenten ideación suicida ou intentos de suicidio⁷⁵. *Ballester et al.*⁸⁶ destacaron que é máis común a presentación dun cadro depresivo prolongado no tempo cando a vítima sufriu maltrato durante varios anos.

Diversas enquisas formuladas a vítimas de violencia de xénero reflectiron que estas mulleres teñen una peor percepción da súa propia saúde¹⁴. A súa auto estima é algo menor e móstranse máis inseguras, o que ten efectos na calidade de vida, dando lugar a un aumento de condutas negativas, como o hábito tabaqueiro, o alcohol, o uso de drogas, as condutas sexuais de risco ou a inactividade física^{14,15,75,177}. Estes comportamentos de risco por parte da vítima aumentarían a probabilidade de efectos adversos na saúde¹¹. Ademais, van a repercutir na saúde social da muller producindo, nalgúns casos, o seu illamento social. O abuso tamén pode provocar absentismo laboral ou mesmo que a muller sexa despedida. En casos graves, pode verse obrigada a abandonar o seu domicilio e incluso mudarse de cidade, supoñendo gastos económicos, perda de apoios, busca dun novo emprego, etc.

1.7.2. Outras consecuencias

1.7.2.1. Consecuencias no ámbito familiar

A relación de maltrato afecta ás persoas do entorno da parella que, na maioría dos casos, experimentarán sentimentos de rabia, impotencia e mesmo culpa de manter unha actitude pasiva. Repercute especialmente no núcleo familiar e sobre todo nos fillos^{16,17,19,86}. A maioría dos autores consideran aos fillos vítimas invisibles^{16,105,155} e incluso a violencia contra eles pode formar parte da estratexia de control que o home exerce sobre a muller⁷.

*Ordoñez et al.*¹⁶ estiman, na súa revisión, que entre o 60-70% dos nenos expostos a violencia contra a nai son vítimas tanto directas como indirectas. Diversos estudos empíricos ofrecen porcentaxes entre un 14,5% a un 42%^{38,75}. Pola súa parte, a V macro enquisa destaca que o 37% das mulleres maltratadas declararon que os fillos e as fillas tamén sufriron abuso. Tal e como se amosa na **Figura 1.13**, na citada enquisa unha porcentaxe similar (o 30%) declararon que os fillos non foran conscientes do maltrato e un 21% si coñecían o que estaba sucedendo.

Ser testemuñas da violencia ten consecuencias en todas as esferas do desenvolvemento dos fillos/as (**Figura 1.14**): físicas (atraso do crecemento, alteracións do sono, trastornos alimentarios, atraso no desenvolvemento motor), emocionais (ansiedade, depresión, baixa auto estima, falta de empatía), cognitivas conductuais (atraso da linguaxe, fracaso escolar, problemas de atención, atraso na madurez, toxicomanía, problemas de autocontrol) e social (illamento, soidade, delincuencia, absentismo escolar)^{16,17}. Ademais, é frecuente que presenten unha menor competencia social predominando condutas

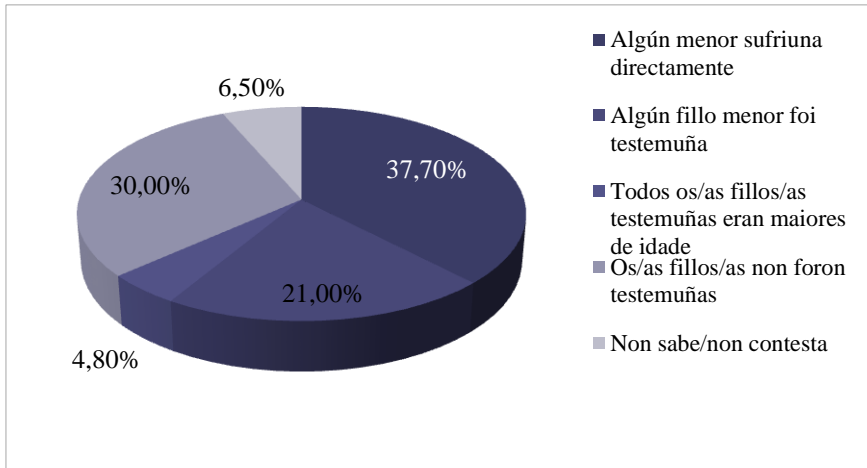


Figura 1.13. Fillos/as ante a violencia de xénero sufrida pola nai.

**Fonte: elaborado a partir da V macro enquisa española⁴⁰.*

agresivas, condutas de inhibición e medo¹⁶. Poden ter dificultades para relacionarse e aprenden a resolver os seus conflitos con violencia. Teñen así mesmo maior risco de ser obxecto de malos tratos. Cando a convivencia entre os pais cesa, o proceso de separación ou divorcio, así como o proceso xudicial representan situacións de especial vulnerabilidade, xa que os pais poden trasladar a súa agresividade e o resentimento mutuo nos propios fillos⁹¹.

1.7.2.2. Consecuencias sociais e económicas

A violencia de xénero ten repercusións na propia sociedade⁸. Trátase dun problema complexo que precisa actuacións preventivas, de apoio (campañas de prevención, servizos de apoio), de tratamento (servizos sanitarios, sociais, policiais) e de reinserción social que supoñen un elevado custo tanto no sistema socio-sanitario como no sistema xudicial.

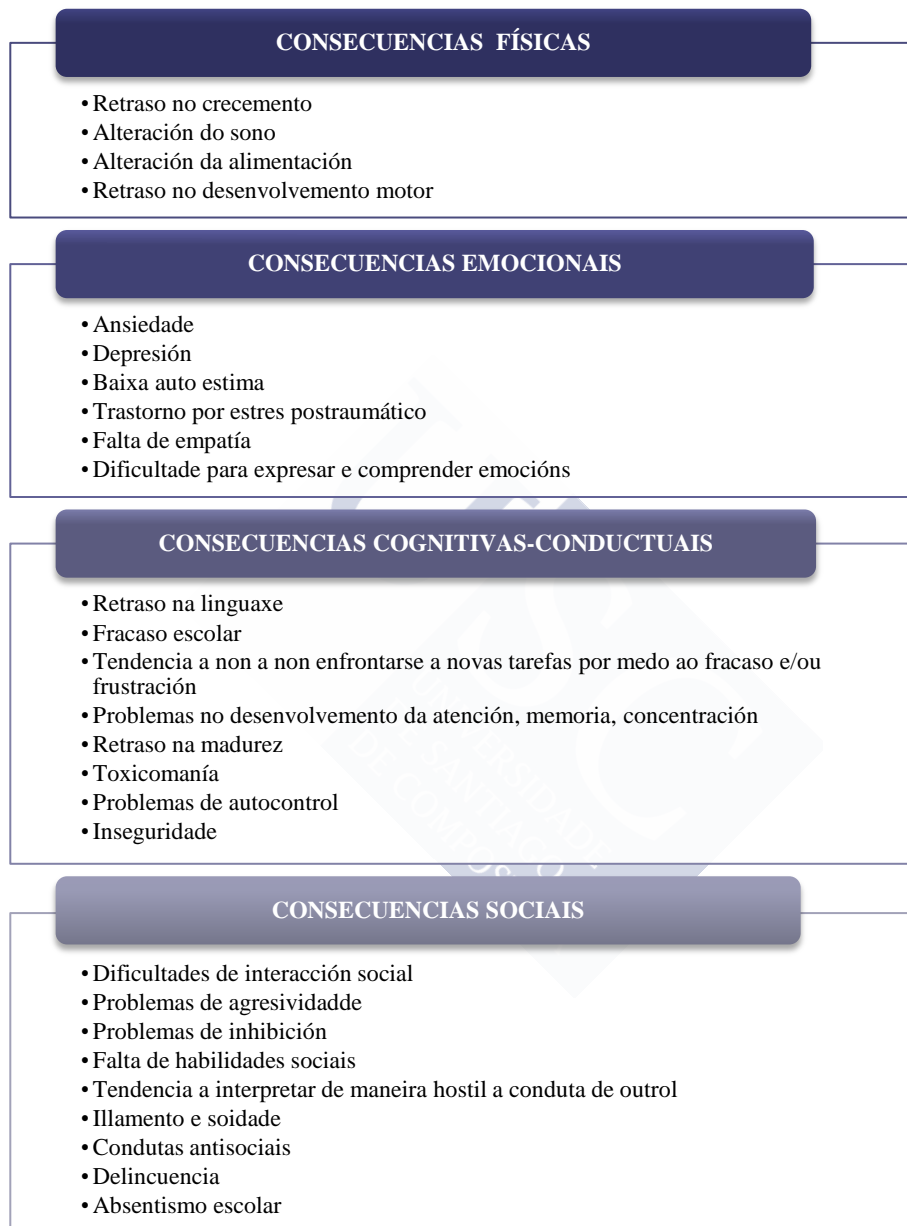


Figura 1.14. Efectos da violencia de xénero nos fillos/as.

**Fonte: Elaborado a partir de Ordóñez et al.¹⁶ e Sepúlveda¹⁷.*

Un dos ámbitos máis afectados é o sanitario. Como xa referimos previamente, as vítimas de violencia de xénero presentan unha peor saúde e utilizan máis os servizos sanitarios polo que os custos se incrementan^{4,14}. A taxa de hospitalización pode chegar a ser un 50% superior ca das mulleres non maltratadas. Os principais motivos de ingreso son os trastornos psiquiátricos, os problemas dixestivos, as lesións e os diagnósticos por envelenamento ou intento de suicidio. Considérase que incluso 5 anos despois de que o evento abusivo cese, estas taxas seguen sendo un 20% máis altas¹⁷⁸. Describiuse, ademais, que o número de probas diagnósticas, as intervencións cirúrxicas e o consumo farmacolóxico é maior nestas mulleres.

Todas estas consecuencias reflíctense na necesidade de formar aos profesionais sanitarios en materia de violencia de xénero. É máis común que as mulleres acudan antes a este colectivo en busca de axuda que aos servizos de apoio ou á policía¹¹⁰. A V macro enquisa nacional amosa que o 45% das mulleres españolas que sufriron violencia física e/ou sexual e/ou medo por parte da súa parella ou ex parella acudiron a algún servizo médico, legal ou social a solicitar axuda. Tal e como se amosa na **Figura 1.15**, os servizos médicos ocupan o segundo posto en preferencia.

Os servizos sociais ou centros de acollida e de apoio as vítimas repercuten tamén nos gastos ocasionados pola violencia. Como se amosa na **Figura 1.15**, a V macro enquisa destaca que o 13% das mulleres que sufriron violencia física e/ou sexual e/ou medo por parte da súa parella ou ex parella acudiron aos servizos sociais e un 2,47% a casas de acollida en busca de axuda⁴⁰. Constitúen un dos apoios fundamentais das vítimas cando deciden terminar coa relación

violenta e denunciar os feitos. Teñen como obxectivo proporcionar un aloxamento temporal as mulleres e persoas ao seu cargo, proporcionánlle un entorno seguro, así como diversas prestacións, asistencia e orientación en diferentes ámbitos. Estes servizos constitúen un dereito destas mulleres tal é como se recolle no art.19 LOVX: *"As mulleres vítimas de violencia de xénero teñen dereito a servizos sociais de atención, de emerxencia, de apoio e de acollida"*³⁰. O seu gasto debe ser sufragado polas Comunidades Autónomas e as Corporacións Locais.

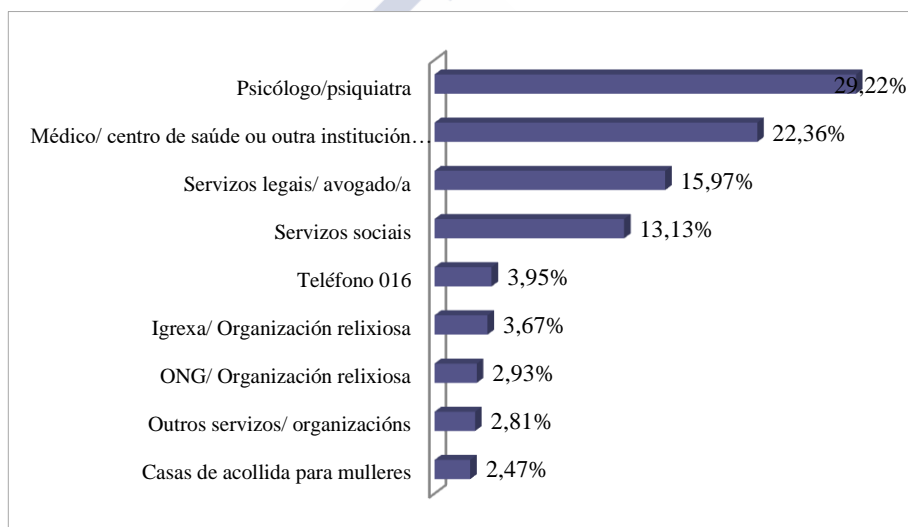


Figura 1.15. Servizos de axuda aos que acoden as mulleres que sofren violencia de xénero.

**Fonte: elaborado a partir da V macro encuesta española⁴⁰.*

A estas repercusións económicas hai que engadir que, en moitas ocasións, é posible que, como consecuencia do abuso, a muller perda a capacidade de desenvolver o seu papel produtivo no mercado laboral. Entre as consecuencias do maltrato son frecuentes as baixas laborais

ou incluso incapacidades. Ademais, evidenciouse que as mulleres maltratadas poden ter dificultades para atopar traballo¹⁰⁵.

1.8. ACTUACIÓN MEDICOLEGAL

A violencia de xénero é unha cuestión sanitaria que afecta aos profesionais da saúde, independentemente da súa especialidade ou posto de traballo^{59,91}. Ao tratarse dun problema con repercusións legais deben atender non só á vertente clínica senón tamén a medicolegal. A súa actuación e a do equipo forense resultarán fundamentais durante o proceso xudicial.

1.8.1. Papel do equipo sanitario

O persoal sanitario pode desempeñar un papel destacado na prevención e identificación destes casos¹⁰. A prioridade do médico sempre será atender as repercusións na saúde da vítima, o que non impide actuar sobre as consecuencias sociais e xurídicas do maltrato. Debe estar alerta ás sinais que poidan facerlle sospeitar o maltrato e debe ofrecer axuda á muller para saír desa situación. Pero, é común que a muller teña medo a denunciar ou recoñecer publicamente o maltrato. Polo tanto, a actitude do profesional debe de ser pro activa, abordando o problema desde todas as perspectivas, garantindo sempre a seguridade da vítima¹⁵⁹.

Considérase que o nivel asistencial mais importante para a detección de violencia de xénero son os servizos de atención primaria¹³⁴. Algunhas das súas características, como a accesibilidade, o contacto directo e continuado cos pacientes ou a existencia dun

equipo multidisciplinar, facilitan que a muller maltratada solicite axuda⁶⁶. A maioría das mulleres acoden a algún centro de atención primaria nalgún momento das súas vidas, polo que é fundamental a sensibilización e formación dos profesionarios sanitarios coa finalidade de previr posibles casos e detectar os xa existentes o mais pronto posible.

Os profesionarios sanitarios constitúen unha liña importante na detección dos malos tratos polo que deben estar alerta ante calquera conduta, signo ou síntoma de sospeita⁶⁶. Ademais, a súa actitude pode ser clave no proceso de asesoramento²¹. É importante a preparación e coordinación con profesionarios de outros sectores. Para que esta actuación funcione é fundamental que os distintos profesionarios implicados coñezan e sigan os diversos protocolos vixentes. A LOVX recolle, no seu título I, a necesidade de deseñar protocolos de actuación sanitarios que contribúan á detección precoz e apoio asistencial ás vítimas³⁰. O Sistema Nacional de Saúde editou no ano 2007 o *Protocolo Común para a actuación Sanitaria ante a Violencia de Xénero*, que foi actualizado no ano 2012⁸¹. O seu obxectivo é establecer unhas pautas de actuación homoxéneas para abordar este problema dunha maneira integral. Por outra parte, a nivel autonómico, en Galicia se elaborou a *Guía técnica do proceso de atención as mulleres en situación de violencia de xénero*, publicada no ano 2009¹⁷⁹. Os obxectivos, entre outros, son mellorar a detección de mulleres en situación de violencia de xénero, informar e sensibilizar ao persoal sanitario sobre a gravidade da violencia de xénero, formar ao persoal en materia de violencia de xénero, diminuír a variabilidade na práctica clínica e facilitarlles a toma de decisións sanitarias ante os casos de violencia de xénero. Estes dous protocolos

tivéronse como referentes na seguinte descrición da actuación sanitaria ante este problema.

1.8.1.1. Actuación sanitaria

Para realizar unha correcta intervención ante un caso de violencia de xénero é fundamental o coñecemento e análise dos diversos protocolos vixentes, o que lles permitirá aos profesionais ordenar a entrevista e a exploración, e integrala dentro da asistencia sanitaria. Así mesmo, permitiranlles familiarizarse cos problemas xurídicos e sociais relacionados co maltrato aos que tamén teñen que atender⁹¹. A actuación podémola dividir en 5 fases: detección do maltrato, valoración, documentación, información e derivación e, por último, comunicación do maltrato.

As mulleres maltratadas que acoden aos servizos sanitarios en moitos casos non presentan lesión evidentes, por isto, é moi importante que os profesionais sanitarios coñezan as distintas manifestación e consecuencias do maltrato co fin de ***identificar e detectar*** o problema precozmente. Existen obstáculos que dificultan esta tarefa (***Figura 1.16***). Por unha parte, é difícil que a muller fale espontaneamente do problema. Moitas senten vergoña, medo ás represalias do agresor, e ata se senten culpables. Habitualmente pensan que os médicos non poden axudalas. Por outra banda, o persoal sanitario frecuentemente non pregunta por este problema. Para eles é difícil identificalo, sobre todo debido á falta de formación e, moitas veces, tamén á falta de tempo ou acumulación de traballo. Así mesmo, segue persistindo nalgúns facultativos a crenza de que se trata

dun asunto fora das súas competencias xa que non o consideran un problema de saúde.

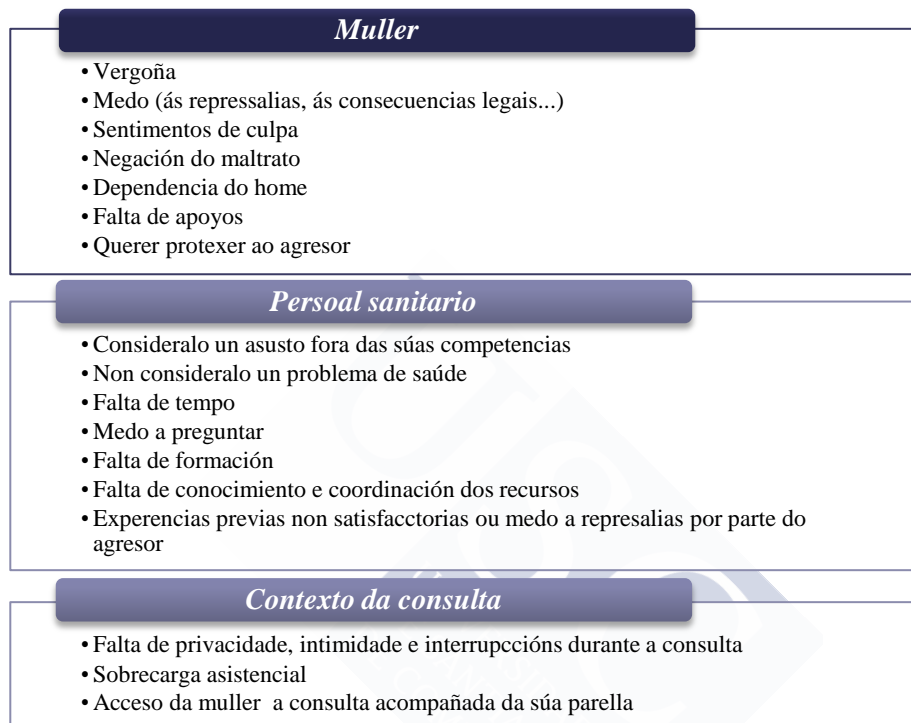


Figura 1.16. Dificultades para a detección sanitaria da violencia de xénero.

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

A principal ferramenta do persoal sanitario á hora de detectar o maltrato e a entrevista clínica, que se debe establecer nun clima de confianza e respecto^{66,134}. O persoal sanitario debe manter unha actitude empática con unha escoita activa que facilite a expresión de sentimentos por parte da muller. É moi importante que estea alerta e sexa capaz de identificar unha serie de manifestacións que poden indicar que a muller estea sufrindo unha situación de violencia^{66,180}.

Existen unha serie de indicadores de sospeita que deben de ser coñecidos por todos os profesionais sanitarios (**Figura 1.17**).

Ante calquera sospeita de violencia de xénero, o persoal debера tratar de confirmar ou descartar esta situación. Recoméndase preguntar directamente sobre o tema. As preguntas deben ser específicas e directas, realizarse cando a muller estea soa e asegurando a confidencialidade da información. A OMS destaca, no seu informe sobre violencia e saúde do ano 2002, que é importante que os profesionais sanitarios pregunten á muller de forma directa. O protocolo de actuación estatal recomenda que se pregunte sistematicamente a tódalas mulleres que acudan a consulta⁸¹.

Unha vez que a muller reconece o maltrato débese proceder a súa **valoración**, que consiste no exame das lesións e enfermidades que puideron ser consecuencia da violencia, e avaliación da situación de perigo na que se encontra. Polo que, tanto si a muller reconece sufrir maltrato como si se sospeita pola presenza de indicadores débese levar a cabo unha valoración integral (**Figura 1.18**), dende a perspectiva biopsicosocial. Nela procederase á valoración das lesións, do estado emocional da muller e da súa situación social. Os profesionais sanitarios deben coñecer onde buscar as lesións relacionadas coa violencia e saber diferenciar as lesións intencionais das accidentais. Tamén se debe realizar unha valoración da situación de violencia (tipo de maltrato, afrontamento da muller e o comportamento do agresor...), así como unha valoración da seguridade e do risco, tanto da muller como dos seus fillos.

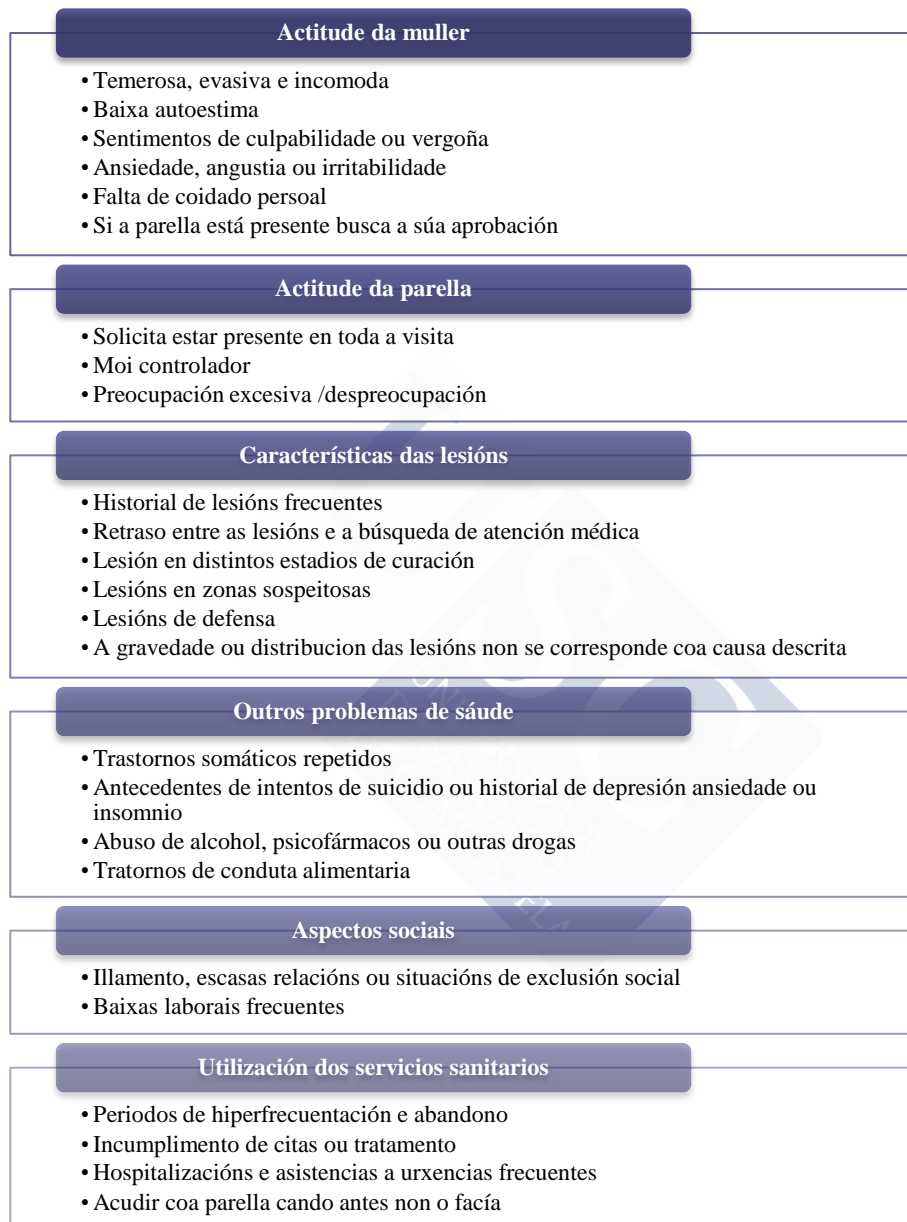


Figura 1.17. Indicadores de sospeita da violencia de xénero

**Fonte: Elaborado a partir de Sans et al.⁶⁶.*

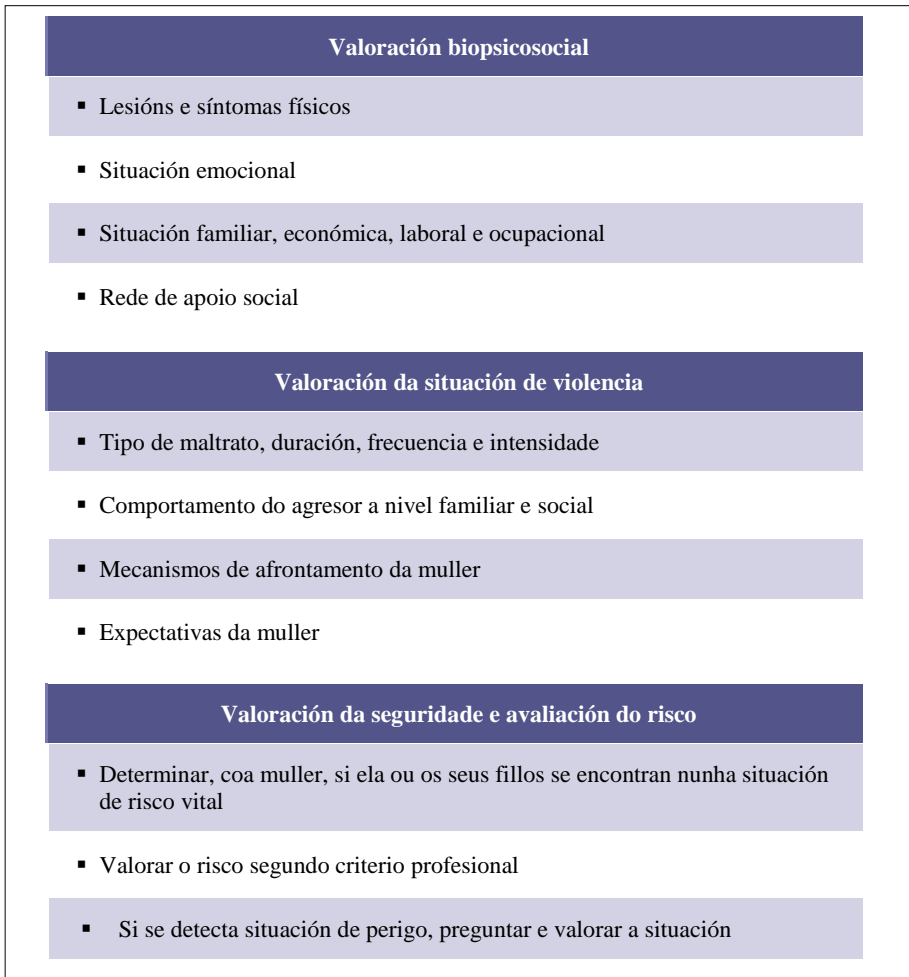


Figura 1.18. Valoración do maltrato.

Durante esta fase, realizarase unha historia clínica global, o mais obxectiva e detallada posible, incluíndo a anamnese e a exploración física. Todo isto debe realizarse intentando crear un clima de confianza e informando a muller en todo o momento. Débese ofrecer apoio e colaboración, e mostrar interese pola saúde e seguridade da

muller. En todo o momento, tanto durante a valoración como na posterior actuación, débese respectar a autonomía da paciente.

Con esta valoración integral o que se pretende é establecer a causa da lesión ou enfermidade, ademais de comprobar se o relato dos feitos é compatible coas lesión que presenta a vítima. É de vital importancia a posterior *documentación e rexistro* de todas as actuacións e achados. Esta pode ser de grande utilidade para a paciente, como proba si se abre un proceso xudicial⁶⁶, e para o clínico, xa que pode ser chamado a testificar no xuízo. Débese ter en conta que pode ser revisada posteriormente por outras persoas, non só do ámbito sanitario se non tamén do xurídico.

Debe quedar rexistrada calquera actuación na historia clínica. Este rexistro debe facerse con un sentido de continuidade no que o profesional dirixa as medidas a levar a cabo e fixe citas periódicas co fin de manter un seguimento da vítima¹⁵⁹.

Nesta etapa, o profesional ten que desenvolver unha importante labor de *información* á vítima e de *derivación* cando as circunstancias o requiran. Débese de informar a muller das distintas alternativas e posibilidades de actuación e das posibles consecuencias, así como dos beneficios e riscos esperados. Esta actuación realizarase de forma diferente en función de si a muller reconece ou non o maltrato⁶⁶. Polo tanto, é fundamental coñecer o proceso interno que atravesará. O Protocolo de Actuación do Sistema Nacional de Saúde, propón diferentes actuacións dependendo do proceso de cambio no que se atopa cada unha das mulleres (*Figura 1.19*).

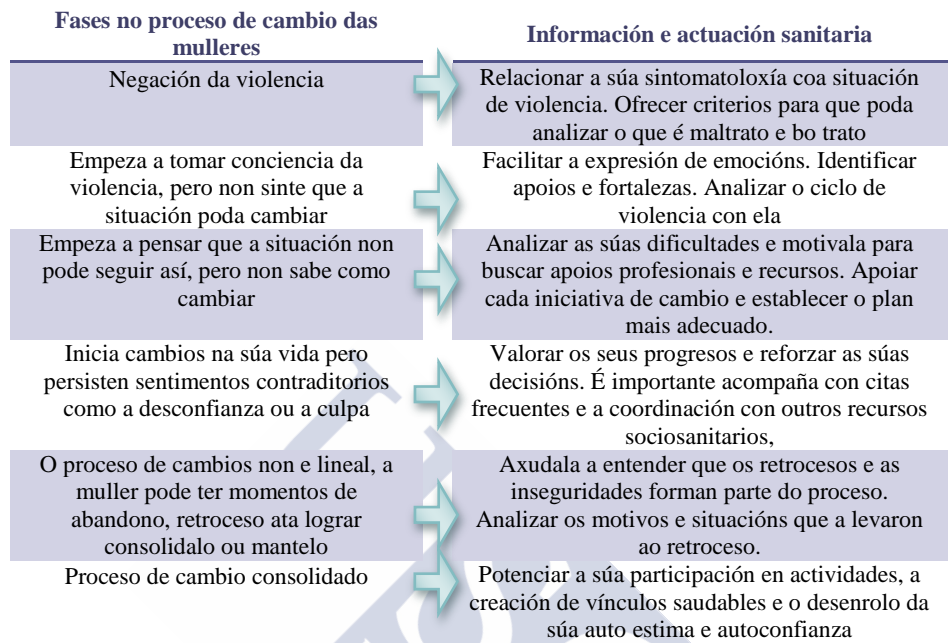


Figura 1.19. O proceso de cambio das mulleres e actuación profesional

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

Cando sexa pertinente débese informar sobre o dereito a presentar denuncia no Xulgado, sobre a existencia de centros específicos para mulleres maltratadas e sobre a posibilidade de poñerse en contacto coas Unidades de Traballo Social. Na abordaxe da violencia de xénero é fundamental a coordinación entre profesionais, non só entre sanitarios se non tamén cos servizos sociais e os corpos de seguridade e xustiza. É importante que os profesionais sanitarios estean preparados e dispostos a actuar e derivar de forma adecuada as posibles vítimas, polo que deben coñecer todos os recursos dispoñibles na súa institución e na súa localidade.

Outros dos deberes é a **comunicación** do maltrato as autoridades pertinentes. A violencia contra a muller na parella ten a consideración de delito, polo que os profesionais sanitarios teñen a obriga de notificar ao xulgado a través do parte de lesións, informando previamente á muller e rexistrándoo na súa historia clínica^{30,81}. Neste momento débese valorar sempre a seguridade da muller para garantir a súa protección. Débeselle transmitir que non está soa, coñecer a súa situación familiar e os recursos dos que dispón e barallar con ela as posibles estratexias, tendo en conta que ante todo, o mais importante é a protección da integridade física da vítima e demais persoas en perigo. No caso de ser conveniente, derivarase con carácter urxente á traballadora social e aos servizos de apoio ás mulleres maltratadas ou aos corpos e forzas de seguridade⁶⁶.

1.8.1.2. O parte de lesións

As guías e protocolos de actuación sanitaria contra a violencia de xénero inclúen, entre as recomendacións, a elaboración e remisión do parte de lesións. Trátase dun documento medicolegal que ten como finalidade por en coñecemento da autoridade xudicial a posible existencia dun delito⁸¹. Polo tanto, ante un caso de violencia de xénero ou a súa sospeita, o parte de lesións debe ser remitido obrigatoriamente ao Xulgado de Garda. É un paso fundamental para a asistencia e protección das vítimas, así como para a persecución do delito.

Ademais do parte de lesións, os facultativos que atenden a vítima, poden elaborar un informe médico que, nalgúns casos pode complementar o parte de lesións. Neste expóñense os datos médicos

sobre o estado físico e a saúde da paciente, así como a asistencia sanitaria prestada. Ao igual que o parte de lesións e outra documentación médica, é fundamental para a valoración do caso por parte do médico forense¹⁸¹.

Para a realización, tanto do parte de lesións como do informe médico, o facultativo debe dedicarlle o tempo necesario. Se o modelo non está informatizado, debe ser cuberto con letra clara e lexible. Un informe cuberto con letra ilexible dificulta a posterior avaliación pericial por parte do médico forense e tamén a valoración por parte do xuíz. Naqueles casos nos cales o parte de lesións non sexa específico para casos de violencia de xénero, débese especificar que se trata dunha agresión realizada pola parella ou ex parella. É importante coidar a linguaxe e referirse a vítima como paciente e ao agresor como presunto agresor. O Protocolo Común de Actuación Sanitaria fronte a Violencia de Xénero⁸¹ recolle os datos que deben incluírse neste documento, independentemente do formato que cada comunidade autónoma estableza (*Táboa 1.9*). Os partes de lesións cubertos en casos de violencia de xénero deben de ser amplos e exhaustivos, sobre todo en canto a descrición das lesións e aos mecanismos de produción. Ademais, deben incluír unha valoración integral da vítima na que cobran especial importancia a descrición de factores como o seu estado psicolóxico ou a existencia de agresións previas. Será tamén importante incluír se outras persoas foron obxecto da violencia.

Antes de enviar o parte de lesións e/ou o informe médico adxunto, debe lérselle á muller e así mesmo, informarlle dos pasos que segue o parte e das consecuencias que de el se derivan. Débeselle entregar unha copia do parte de lesións a vítima, sempre e cando non se comprometa a súa seguridade; outra ao Xulgado de Garda por

Táboa 1.9. Datos que debe conter un parte de lesións ou un informe médico ante un caso de violencia de xénero

Datos do suposto agresor
<ul style="list-style-type: none"> • Relación de parentesco/vínculo ca muller • Nome e apelidos • Dirección e/ou teléfono
Datos de filiación da muller
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e apelidos • DNI/NIE/Pasaporte • Fecha de nacemento/idade • País de orixe • Estado civil • Dirección e teléfono • Outros datos: discapacidade, fillos/as ou persoas dependentes ao seu cargo
Datos do persoal facultativo
<ul style="list-style-type: none"> • Centro sanitario • Datos do profesional que o emite: nome, apelidos e o Código Numérico Persoal
Datos sobre a agresión e o tipo de lesións
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de violencia exercida • Uso de obxectos • Estado psíquico e emocional da muller • Descrición das lesións físicas
Outros datos clínicos
<ul style="list-style-type: none"> • Probas complementarias realizadas • Medidas terapéuticas realizadas • Prognóstico clínico
Datos relacionados co feito que motivan a asistencia
<ul style="list-style-type: none"> • Reflectirse como ocorreron os feitos (utilizando comiñas para palabras textuais da muller) • Fecha e hora, dirección e lugar da agresión • Fecha e hora da asistencia • Orixe que refire a muller acerca das lesións así como si se sospeita que a orixe sexa distinta á relatada por esta
Antecedentes
<ul style="list-style-type: none"> • Acude soa ou acompañada (de quen) • Agresión puntual ou existiron agresións previas (se existiron agresións anteriores indagar sobre as mesmas). • Indicar se outras persoas sufriron os malos tratos • Indicar a presenza de testemuñas
Plan de actuación e outros datos de interese

**Fonte: Adaptación do Protocolo Común de Actuación Sanitaria⁸¹.*

correo, vía Fax ou en formato electrónico nos casos que exista urxencia, e tamén se arquivará unha copia na historia clínica da muller. Nos casos mais graves, tamén é posible facer a notificación de forma verbal coa comunicación directa ao Xulgado de Garda, o u ás Forzas ou Corpos de Seguridade do Estado, podendo estes últimos acudir ao hospital para recoller a denuncia da muller naqueles casos nos que esta quede ingresada⁸¹.

A elaboración (e envío) do parte de lesións é unha obriga tanto legal como deontolóxica. Legalmente está regulada polo art. 262 da Lei de axuízamento criminal (LECrim): *"Os que por razón dos seus cargos, profesións ou oficios tiveran noticia dalgún delito público, estarán obrigados a denuncialo inmediatamente ao Ministerio Fiscal, ao tribunal competente, ao xuíz de instrución e, e no seu defecto, ao municipal ou funcionario de policía mais próximo ao sitio, si se tratase dun delito flagrante"*. Mais concretamente no seu art. 355, esta lei obriga explicitamente aos médicos que asisten a calquera ferido a dar parte do seu estado. O Real Decreto 1030/2006 no cal se establece a Carteira de Servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde, no seus Anexos II e IV, tamén recolle como función do persoal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada e Urxencias, a comunicación ás autoridades competentes de *"aquelas situacións que o requiran, especialmente nos casos de sospeita de violencia de xénero ou de malos tratos en menores, anciáns ou persoas con discapacidade"*¹⁸².

Por outra banda, o Código de Ética e Deontoloxía Médica de 1978 xa recollía a obriga de denunciar "actos de tortura ou calquera maltrato". Na súa actualización do ano 2011 recolle especificamente, no seu art. 30, que o médico pode revelar o segredo profesional por

imperativo legal cando atenda a un lesionado, xa que ten a obriga de enviar ao xuíz o pertinente parte de lesións¹⁸³.

Nalgúns casos a emisión destes documentos supón un conflito ético para os profesionais, sobre todo cando as mulleres non queren denunciar o feito. A obrigatoriedade de denuncia por parte do persoal sanitario supón tamén unha cuestión moi controvertida na literatura científica, con defensores e detractores. Así, algúns estudos aseguran maiores beneficios para as mulleres xa que constituiría unha proba legal contra os seus agresores e serviría de apoio á hora de solicitar unha orde de protección^{159,184}. Destacan que non existen evidencias científicas que demostren que a emisión do parte de lesións polo profesional incrementa a violencia ou o risco de sufrila¹⁵⁹. Outros, opóñense porque consideran que a súa elaboración aumentaría o perigo para a vítima e, ao non respectar a confidencialidade, podería ocasionar a perda de confianza da muller cos profesionais sanitarios¹⁸⁵⁻¹⁸⁷. A OMS sostén que non hai suficiente evidencia para manter a obrigatoriedade de denuncia por parte dos profesionais sanitarios³⁹. En todo caso, debemos destacar que, tal e como garante o sistema xudicial, os profesionais sanitarios non poden ser acusados por romper o segredo profesional ao emitir un parte de lesión e tan só poden ser chamados a declarar en calidade de testemuñas ou peritos¹⁸⁸.

O parte de lesións é, as veces, a única proba dun posible delito. Trátase dunha proba documental obxectiva, subscrita por un facultativo ou médico que nalgúns ocasións é ratificado no xuízo oral e alcanza a súa validez se non é impugnado por ningunha das partes¹⁴⁹. Durante os casos de violencia de xénero son fundamentais as probas documentais xa que debido ao seu carácter obxectivo

contribúen, na maioría dos casos, a dotar de valor probatorio ó testemuño da vítima¹⁸⁹. Ademais de afianzar a declaración da muller, serve tamén para iniciar as medidas de protección.

A pesar da súa importancia e da existencia na maioría de centros sanitarios de modelos normalizados, non sempre se cumprimentan correctamente e a súa calidade é habitualmente baixa¹⁴⁸. Os estudos sobre a calidade dos partes de lesións dentro do contexto da violencia de xénero son escasos. *García-Minguito et al.*¹⁶⁶, propuxeron un baremo para valorar a calidade dos partes neste contexto describindo que, na súa serie, o 42% presentaban unha calidade intermedia e un 30,4% unha calidade baixa.

1.8.2. Papel do equipo forense

A LOVX, na súa disposición adicional segunda, dispuxo a creación de Unidades de Valoración Forense Integral, formadas por un equipo multidisciplinar: médico/a forense, un psicólogo/a e un traballador/a social³⁰. O obxectivo principal do equipo forense é elaborar un informe pericial de alta calidade tanto na súa base científica como metodolóxica¹³¹. Con este informe o que se pretende é reconstruír os feitos e obter as probas e información necesaria para a resolución legal do caso. Da valoración realizada por este equipo tamén dependerá, nalgúns casos, que se adopten medidas de protección da vítima. Existen diversos protocolos entre os que destacan a *Guía e Manual de Valoración Integral Forense de la Violencia de Xénero e Doméstica* (2005)¹⁹⁰ e o *Protocolo médico forense de valoración urxente do risco de violencia de xénero* (2011)¹⁹¹.

1.8.2.1. Actuación forense

O equipo forense non actúa de forma autónoma. A súa resposta adaptarase á solicitude realizada no procedemento penal aberto polo que dependerá do xuíz que instrúe o caso. Pode solicitar unha **valoración específica**, centrada nun só aspecto, como poden ser a valoración das lesións ou as circunstancias relacionadas co consumo de sustancias aditivas, que será realizada polo médico/a forense. Tamén se poden solicitar a valoración de aspectos psicolóxicos, que recaerá no psicólogo/a ou a valoración de aspectos sociais, que será realizada polo traballador/a social. No caso de que se solicite valoracións específicas do risco, será todo o equipo forense o que as leve a cabo.

Noutros casos, o xuíz pode solicitar un exame mais extenso, é dicir, unha **valoración forense integral**, que deberá contemplar varios aspectos como o exame das vítimas da violencia (muller e outros integrantes do núcleo familiar, principalmente menores), do presunto agresor, das consecuencias e elementos do plano físico, psicolóxico e social, así como os efectos das agresións puntuais e da situación continuada de violencia¹⁹². Nesta valoración cada un dos profesionais do equipo forense emitirá os seus correspondentes informes centrándose nos aspectos relevantes no caso. O manual do ano 2005 propón unha valoración en 6 eixes: o feito, o clima violento, o risco de novas agresións, medidas de protección, valoracións específicas e valoracións no caso de morte¹⁹⁰. Estes son exclusivamente posibilidade de achados e/ou búsqueda o que non quere dicir que deban ser avaliados todos sempre. Na **Figura 1.20** expóñense os diferentes ítems recollidos en cada eixe, aínda que a súa valoración dependerá sempre da natureza de cada caso.

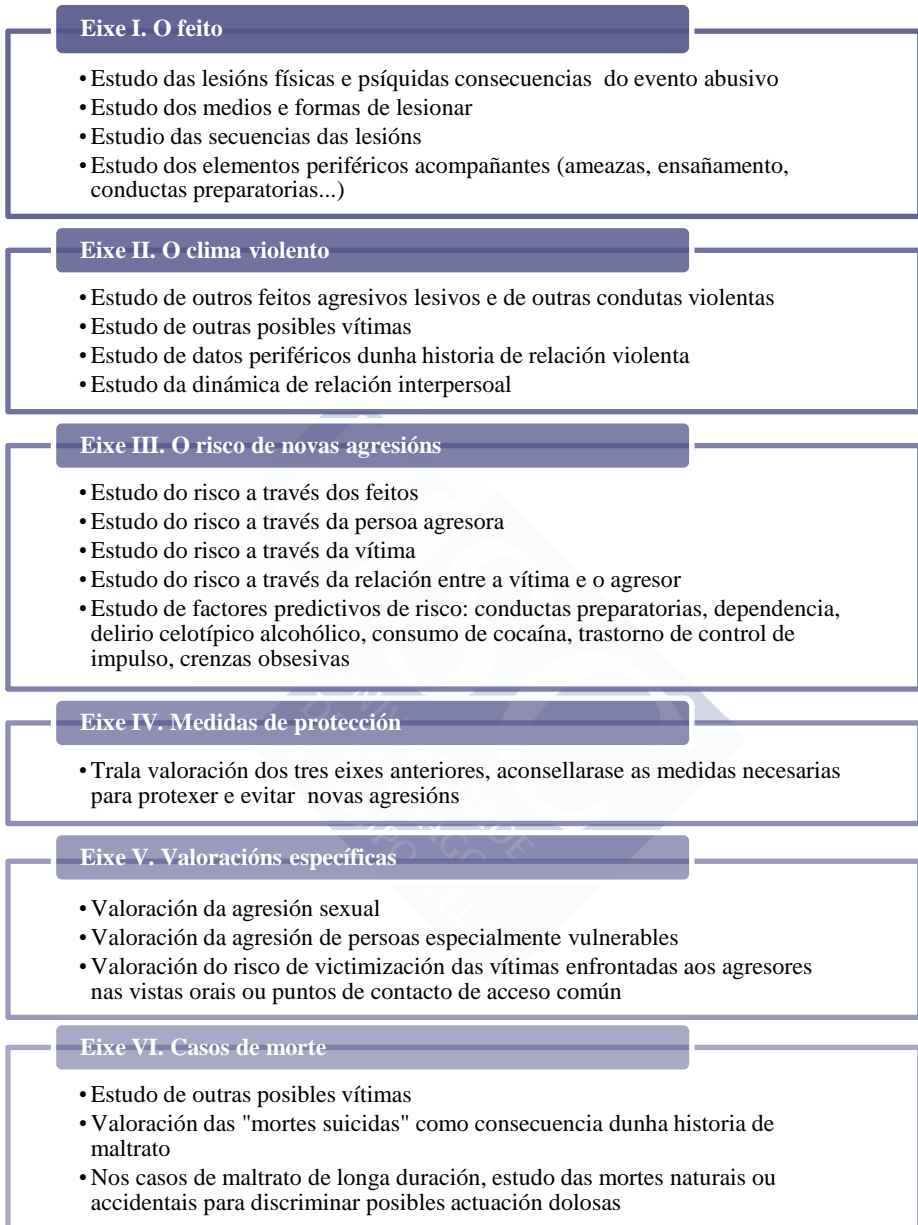


Figura 1.20. Eixes da valoración forense integral.

**Fonte: Adaptación da Guía e Manual de Valoración Integral Forense¹⁹⁰.*

Un dos aspectos máis importantes desta valoración é a determinación do risco, xa que cando a agresión se fai pública porque é coñecida por terceiras persoas ou porque a muller denuncia ao agresor, o risco de unha nova agresión aumenta. Nestes casos tamén aumenta a gravidade, sendo mais frecuente que a relación violenta termine coa morte da muller. Polo tanto é importante determinar a perigosidade do agresor o mais pronto posible e coa maior precisión para preservar a seguridade da vítima⁹¹.

A actuación do equipo forense adaptarase á complexidade e as circunstancias específicas de cada caso. Podemos distinguir 2 tipos de actuación. Algúns casos, ben pola súa gravidade ou especificidade (agresións sexuais), requirirán unha **resposta urxente**, no hospital ou centro sanitario. Esta inicialmente levarase a cabo polo servizo médico forense de garda, de forma conxunta co persoal sanitario do centro. Realizarase a exploración da vítima e obteranse as mostras oportunas, tendo sempre en conta que a saúde da vítima é o prioritario.

Outros casos poderán seguir un itinerario de **resposta programada**, que se realizará de forma ambulatoria. Corresponden aos casos que poden ser valorados no contexto dos xuízos rápidos. Esta actuación pericial adaptarase á petición realizada polo Xuíz ou o Fiscal e poderá ser tanto unha valoración específica como integral.

1.8.2.2. O informe pericial

Como resultado da valoración forense obterase o corresponde informe pericial. A finalidade deste documento é asesorar ao xuíz acreditando a existencia ou non do maltrato denunciado. Trátase dun

medio de proba de carácter obxectivo que goza de gran credibilidade. Pon a disposición do xulgador a análise e estudo do acontecido desde unha perspectiva científico técnica⁹¹. Así mesmo, contribúe a delimitar o alcance do dano, axuda a fixar as indemnizacións e á adoptar as medidas de protección á muller¹⁴⁶.

Nos casos nos que se denunciou violencia física, o médico forense e demais membros do equipo de traballo deberá apoiarse nos datos achegados nos partes de lesións ou informes médicos^{181,193}, xa que en moitos casos no momento do recoñecemento da vítima as lesións físicas poden ter desaparecido. Nos casos de violencia psicolóxica, ao non existir lesión visible, o estudo pericial ten especial importancia. Os informes periciais psicolóxicos contribúen a verificar o testemuño da vítima, que habitualmente é o único médico de proba⁵⁷. Tal e como apuntan outros autores¹⁹⁴, cando o informe pericial psicolóxico serve como respaldo da testemuña da vítima, a maioría terminan coa condena do acusado.

A pesar da súa importancia e transcendencia durante o procedemento xudicial, os informes forenses por si mesmos non adoitan ser proba suficiente para vencer o principio de inocencia, precisan de outras probas como o aval da declaración da vítima no plenario, ademais da súa ratificación e aclaración por parte dos peritos¹⁴⁹.

1.9. COMPORTAMENTO PROCESUAL DA VÍTIMA

A pesar de que a violencia de xénero está considerada un delito público e que as medidas de protección integral, recollidas na LOVX, requiren a denuncia para que as vítimas poidan acceder aos recursos

de apoio, na maioría dos casos non se denuncian os feitos. Durante o procedemento xudicial o comportamento da vítima é fundamental e adquire especial importancia no inicio do proceso ou á hora de prestar testemuño. O estado no que se encontra a muller, o medo ou mesmo a presión do procedemento xudicial son, entre outros, algúns dos motivos de non denunciar ou si o fai, de que decida posteriormente desentenderse do proceso.

1.9.1. A vítima como denunciante

A iniciación dun proceso penal pódese levar a cabo por diferentes vías. Na maioría das ocasións, a comunicación dun delito realízase a través da interposición da correspondente denuncia por parte da propia vítima⁵⁶. Nos casos de violencia de xénero non se segue este esquema porque a muller non denuncia, o que contribúe a manter o delito oculto. Considérase que habitualmente pasan unha media de catro anos ata que a vítima de maltrato é consciente da situación¹⁴⁹. Neste momento, a dificultade para pedir axuda é maior e proporcional ao tempo que se tarda en facer visible o problema e denunciálo¹⁴⁹. Consecuentemente, o nivel de gravidade das vítimas que piden axuda e denuncian é maior⁸⁰.

Nos últimos anos, son numerosos os estudos que analizan e reflexionan sobre a actitude reticente da vítima á hora de interpoñer denuncia. Demostrouse que as razóns son diversas (*Táboa 1.10*). Inflúen factores como o medo a sufrir represalias, o desexo de protexer ao agresor, a falta de apoio familiar, social ou económico, crenzas culturais, sentimentos de culpabilidade, vergoña ou o temor a non ser cridas por falta ou escaseza de probas^{86,56,68,123,195}. Ademais,

moitas mulleres non recoñecen o vivido como un episodio de violencia de xénero, feito que se acentúa nos casos de violencia psicolóxica, xa que existen mulleres que descoñecen que este tipo de abuso sexa considerado un delito¹²³. Outro dos motivos de non iniciar o proceso xudicial é o estado psicolóxico da muller. O estado de shock e de angustia, así como o entorno familiar e a presión social tamén poden estar relacionados, xa que aínda persiste a crenza de que se trata dun tema privado que debe permanecer na intimidade familiar^{56,196}. O feito de que a muller teña fillos dependentes pode facer que decida manter a "estabilidade" familiar e non abandonar ao agresor por temor a perdelos ou que queden desatendidos¹⁹⁵. O agresor pode incluso chegar a utilizar aos fillos para ameazar muller e conseguir que siga con el.

Táboa 1.10. Razóns polas que as mulleres non denuncian.

Medo a sufrir represalias ou non cridas

A crenza de que a súa colaboración non servirá para nada

Desexo de protexer ao agresor

Estado psicolóxico no que se topa

Presión para que a situación se garde "na intimidade familiar"

Falta de apoio familiar, social ou económico

Sentimentos de culpabilidade

Ter fillos

Vergoña

Desconfianza na administración de xustiza

Un número elevado de mulleres non contemplan ao sistema xudicial como un recurso que poida axudalas e consideran que o seu funcionamento ante os casos de violencia de xénero é deficiente^{7,56,123,195}. Malas experiencias anteriores ou diversas crenzas fan que moitas teñan medo a recibir un trato inadecuado ou consideren que non van a obter os recursos necesarios para saír da situación de

violencia. O trato recibido por estas vítimas pode influír tamén na decisión da muller de continuar ou non co procedemento xudicial¹⁹⁷.

A decisión de denunciar leva consigo un proceso de concienciación da súa situación que é diferente para cada muller. Trátase dun proceso paulatino que vai estar influenciado por moitos factores. Algúns deles, como a intensificación e/ou acumulación da violencia, contar con persoas ou familiares que as animen a denunciar ou a extensión da violencia a outras persoas, especialmente aos fillos/as, contribúen a que a muller interpoña a denuncia¹²³.

En canto á porcentaxe de mulleres que denuncian, os diversos estudos e estatísticas oficiais amosan cifras moi dispares. A FRA destaca que tan so unha de cada tres vítimas de violencia de parella denuncian o incidente á policía ou a algún tipo de servizo¹⁰. Concretamente, en España como puido comprobarse no apartado **1.4.2**, o número de denuncias aumenta cada ano (*véxase Táboa 1.3*). No ano 2017, tan só o 3,60% das denuncias foron presentadas pola vítima. O mais común foi que a denuncia se iniciara a través dun atestado policial, acompañado da denuncia da vítima (**Figura 1.21**). Como pode verse na **Táboa 1.11**, entre os anos 2009 e 2017, a porcentaxe de denuncias presentadas directamente pola vítima é inferior ao 10%⁵⁴. A pesar de que esta porcentaxe diminuíu considerablemente durante os anos 2015 e 2016, no ano 2017 produciuse un aumento alcanzando case as 6000 denuncias presentadas pola vítima.

En canto á literatura, un estudo español realizado a partir da historia clínica de mulleres vítimas de violencia de xénero destaca que un 71,2% das mulleres nunca denunciaran os feitos, fronte a un 28,8%

que si o fixera¹⁰³. Outro estudo realizado a partir de entrevistas mostra que mais da metade das mulleres (59,2%) denunciaran algunha vez o maltrato¹³⁷, pero o 41,7%, retiraron posteriormente a denuncia.

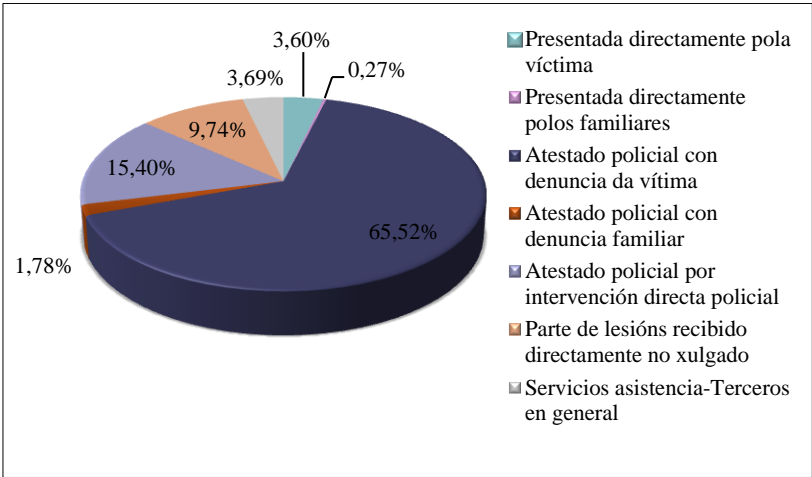


Figura 1.21. Distribución das denuncias segundo a súa presentación no ano 2017

**Fonte: Elaborado a partir dos datos do CXPX⁵⁴.*

Táboa 1.11. Número de denuncias por violencia de xénero presentadas polas vítimas en España entre o 2009 e o 2017.

Ano	Nº Denuncias presentadas pola vítima	% en relación al total
2009	10.872	8,02%
2010	11.158	8,32%
2011	12.082	9,02%
2012	10.495	8,16%
2013	12.270	9,82%
2014	9.769	7,71%
2015	5.238	4,05%
2016	4.607	3,22%
2017	5.990	3,60%

**Fonte: Elaborado a partir dos datos do CXPX⁵⁴.*

Os datos da V macro enquisa de violencia contra a muller realizada en España no ano 2015⁴⁰ amosa que o 44,6% das mulleres entrevistadas, que foron vítimas de violencia física, sexual ou medo por parte de algunha das súas parellas non o denunciaron por considerar que os feitos tiveron pouca importancia e pensaron que o podían resolver soas. O 26,6% non o fixeron por medo ou temor as represalias e un 21,1% por vergoña. O número de casos denunciados foi do 26,8%, e o 20,9% das mulleres que sufriron algún tipo de violencia ou medo decidiron retirar a denuncia. Os principais motivos foron: o agresor prometeulle que non volvería a suceder (29,35%), pensou que podía cambiar (28,66%), medo (28,59%), porque era o pai dos seus fillos/as (24,86%) ou pena (23,95%), entre outros (**Figura 1.22**).

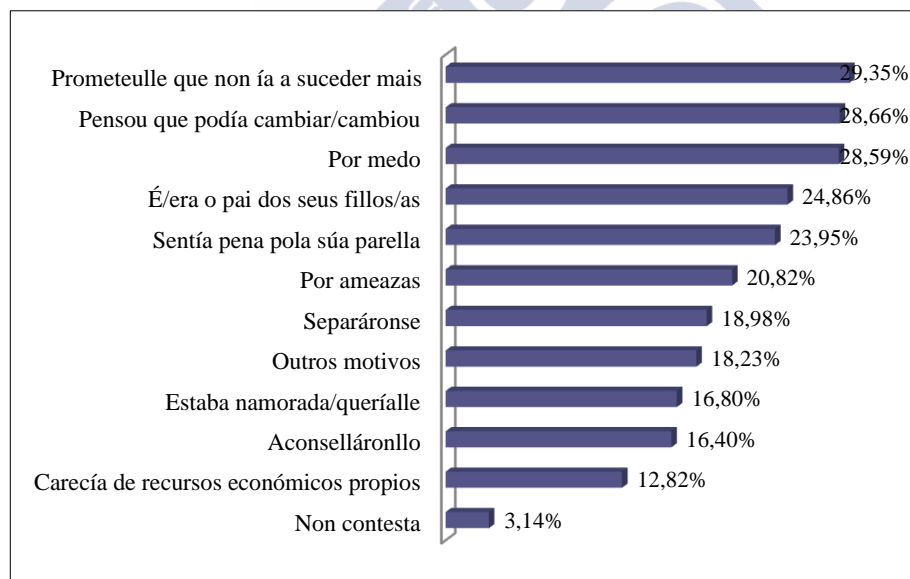


Figura 1.22. Motivos polos cales as vítimas retiraron a denuncia

**Fonte: Elaborado a partir dos datos da V macro enquisa española⁴⁰.*

A pesar de que a sociedade é cada día mais consciente da necesidade de denunciar este delito, os datos anteriormente expostos indican que a porcentaxe de mulleres que deciden solucionar o problema a través da vía penal aínda é escaso. Trátase dun dato alarmante xa que tal é como se recolle na LOVX, tan só poden ter acceso as axudas sociais e económicas aquelas vítimas que interpuxeran a denuncia. Durante os últimos anos, varias Comunidades Autónomas, como a Comunidade de Madrid a través da Lei 5/2005 ou Galicia a través da Lei 11/2007, fixeron desaparecer esta premisa e xa non supeditan a asistencia á vítima á presentación da correspondente denuncia. Nesta liña, o Pacto de Estado recentemente aprobado, en consonancia co Convenio de Estambul, propón que calquera vítima pode acceder aos recursos de axuda as vítimas, independentemente de si esta interpuxera ou non a denuncia.

1.9.2. A vítima como testemuña

O feito de que a vítima denuncie non sempre conleva a posterior corroboración dos feitos nas distintas fases do xuízo. A testemuña da propia vítima é un dos principais elementos probatorios da violencia de xénero^{56,198} e, na maioría dos casos, constitúe a única proba directa do maltrato^{118,149,189}. Ademais de permitir verificar os feitos probados, é tamén clave durante a fase de instrución.

Durante o proceso, a vítima ten que relatar en distintos momentos os feitos, concretar o delito, identificar ao agresor e ata comunicar a súa percepción de perigo. A declaración comeza xa ante a policía, cando esta recolle o atestado mediante o relato do sucedido. Posteriormente, pode declarar no Xulgado de Instrución ou no de

violencia de xénero e tamén é posible que fale cos médicos forenses, ou con outros membros do equipo forense, e co persoal sanitario. Por último, a vítima ten que declarar no xuízo oral ante o/a xuíz que ditará a sentenza. Esta última é a declaración final e fundamental polas súas consecuencias probatorias¹⁴⁹.

Xa que os delitos de violencia de xénero habitualmente se producen na intimidade familiar, en moitos casos durante o xuízo a única proba aportada é o testemuño da vítima. Nestes casos, para que o tribunal considere esta proba fundamental e poda enervar o dereito de presunción de inocencia, sendo considerada unha única proba de cargo, o Tribunal Supremo ven determinando, en diversas sentencias (SSTS 16/02/1998, 23/03/1999, 19/06/1999 e 02/10/1999) e tal é como apuntan diversos autores^{56,149,192} que a declaración da vítima debe presentar os seguintes requisitos:

-Ausencia de incredibilidade subxectiva: serán relevantes durante o proceso xudicial as características físicas, psicolóxicas e orgánicas da vítima (adiccións, trastornos mentais...) e tamén se debe analizar se o motivo impulsor da súa declaración é o resentimento, vinganza, inimizade... Estas circunstancias fan dubidosa a credibilidade da vítima. Cómpre sinalar que nos casos de violencia de xénero é frecuente que a muller fora vítima de maltrato durante varios anos e tardara algún tempo en presentar a denuncia, polo que é posible que presente algún tipo de trastorno psicolóxico derivado do maltrato. Estas secuelas non poden volverse en contra da vítima durante o procedemento xudicial, senón que se deben considerar danos psíquicos, consecuencia do delito¹⁴⁹.

-Verosimilitude do testemuño: a declaración da vítima debe ser lóxica e o tribunal debe valorar se a súa versión é ou non insólita, ou o seu contido obxectivamente inverosímil. É fundamental que esta declaración estea rodeada de corroboracións periféricas de carácter obxectivo, que poden ser moi diversas (declaracións doutras persoas, partes de lesións, probas periciais....). Estas presentan unha importancia relevante ante a ausencia de probas directas obxectivas xa que aínda que individualmente non o sexan, o seu conxunto pode ser proba suficiente para enervar a presunción de inocencia.

- Persistencia na incriminación: a incriminación debe ser prolongada no tempo. As diferentes declaracións da vítima non deben ter modificacións nin contradicións. Deben ser concretas, sen ambigüidades nin xeneralidades. O relato debe ser lóxico e coherente. Nos casos de violencia de xénero é común a falta de persistencia na incriminación, a vítima soe retirar a denuncia, ocultar feitos ou intentar invalidar probas de forma deliberada⁵⁷.

A tesitura na que estás mulleres se ven envoltas durante o xuízo non é fácil. O seu comportamento durante o procedemento xudicial é diferente ao do resto das vítimas doutros delitos, véndose afectado por múltiples factores. Os vínculos persoais e afectivos que presenta co agresor e a situación de presión na que se atopa (baixa auto estima, vergoña, sufrimento...) tradúcense en actitudes e declaracións incoherentes e contraditorias¹¹⁸. Moitas mulleres chegan a rectificar e modificar a versión dos feitos aportada no proceso de instrución, o que pode estar favorecido polo tempo que transcorre dende a interposición da denuncia ata a celebración do xuízo oral. Como consecuencia, para algunhas mulleres pode ser difícil recordar todos os detalles dos feitos. Así mesmo, a dor que lles provocan poden bloquear ("borrar") estes

episodios da súa memoria. O tempo transcorrido pode desencadear incluso que a muller non asista ao xuízo oral¹¹⁸. En todo caso, calquera rectificación ou modificación do seu testemuño inicial dificulta os razoamentos probatorios por parte do xuíz, podendo concluír nunha sentenza absolutoria¹⁹⁸.

1.9.3. O exercicio do dereito a non declarar

O art. 416 da LECrim reconece a dispensa da obrigación de declarar a determinadas persoas vinculadas co autor do delito. Concretamente, establece que están dispensados de declarar: *"Os parentes do procesado en liñas directa ascendente e descendente, o seu cónxuxe ou persoa unida por relación de feito análoga á matrimonial, os seus irmáns consanguíneos ou uterinos e os colaterais consanguíneos ata o segundo grao civil, así como os parentes a que se refire o numero 3 do art. 261"*. Polo tanto, afecta á muller vítima de violencia de xénero xa que mantén ou mantivo co agresor unha relación conxugal ou análoga. Durante a fase de instrución ou no xuízo oral é preciso que o xuíz instrutor do caso advirta a muller da posibilidade de exercer este dereito¹¹⁸. No caso de que a muller decida prestar declaración na fase de instrución e posteriormente se negue a declarar durante o xuízo oral, os art. 714-730 da LECrim, impiden incorporar estas declaracións á actividade probatoria do xuízo oral^{149,199}. Este feito sitúa a declaración da vítima como unha peza central nos procedementos de violencia de xénero, xa que o seu silencio dificulta o exercicio da acción penal¹⁴⁹.

As razóns polas cales as mulleres deciden apartarse do procedemento xudicial son moi diversas e similares aos motivos polos

cales deciden non denunciar. En moitos casos, a falta de coincidencia entre as expectativas das vítimas respecto ás consecuencias da denuncia e as propias do ordenamento xurídico fan que decidan rectificar e non continuar co procedemento¹⁹². Un estudo nacional amosou que o 24,14% das mulleres enquisadas decidiron non continuar ca denuncia por diversos motivos: medo, ameazas, coacción, seguir querendo ao agresor, porque llo recomendou o seu avogado ou por engano do agresor. As estatísticas oficiais amosan que no ano 2017, un total de 16.464 vítimas españolas (402 galegas) acolléronse a dispensa á obrigación de declarar como testemuño, o que supón un 10,4% das mulleres vítimas de violencia de xénero. O ano anterior, esta porcentaxe foi algo superior (11,99%)⁵⁴.

Cando a muller decide retirar a denuncia ou non declarar, o Xuíz vese obrigado a indagar os motivos, si se trata dunha decisión libre e voluntaria ou a muller actúa baixo ameazada ou coacción polo propio agresor, por algún familiar ou amigo deste. É moi importante que naqueles casos nos que a vítima se desentende do procedemento xudicial (retira a denuncia, retráctase da súa testemuña inicial ou exerce o seu dereito a non declarar), non se archive o caso nin se retiren inmediatamente as medidas de protección adoptadas. Débese valorar si persiste risco para vítima e se a vítima está sendo influenciada polo agresor¹⁹².

O silencio da vítima durante o procedemento ten importantes consecuencias, asociándose cunha alta porcentaxe de sentencias absolutorias e de sobresemento, xa que na maioría dos casos provoca a inexistencia dunha proba de cargo "de peso" que incrimine ao acusado^{57,198}. Así, numerosos estudos xa postulan a necesidade de modificar a lexislación para evitar que a vítima que inicia o procesos

se desentenda do mesmo. Isto lograría diminuír os casos que terminan co sobresemento ou ca absolución do acusado por falta de probas¹⁹⁸.



2.

*Xustificación do
tema e obxectivos*



2. XUSTIFICACIÓN DO TEMA E OBXECTIVOS

2.1. XUSTIFICACIÓN DO TEMA

A violencia de xénero constitúe un importante problema social de múltiples e diferentes dimensións que require para a súa abordaxe a posta en marcha de actuacións multidisciplinares. Nos últimos anos, os poderes públicos dedicaron unha especial atención ao problema, desenvolvendo importantes modificacións lexislativas e incentivando a realización de estudos que melloren o coñecemento desta violencia. Sen embargo, o número de denuncias, así como a taxa de mortalidade e morbilidade, seguen sendo elevadas.

Na actualidade, diferentes organismos como a Axencia de Dereitos Fundamentais da Unión Europea destacan a necesidade de realizar mais investigacións. Segue persistindo unha deficiencia de datos, o que contribúe a manter falsas crenzas e ten consecuencias na efectividade das medidas interpostas para abordar a violencia de xénero. No presente estudo preténdese coñecer as características dos implicados (víctima e agresor), do seu contexto e circunstancias. Consideramos que esta información contribuirá á comprensión dos problemas e necesidades socio-sanitarias das afectadas, con repercusións nas medidas tanto preventivas coma de tratamento e de apoio social que pretendan mellorar a calidade de vida das mulleres. O

coñecemento das características dos agresores permitirá poñer en marcha intervencións máis eficaces, tanto preventivas coma de rehabilitación, e pode ser clave para o desenvolvemento de políticas que vaian máis alá das solucións de tipo xudicial. O estudo das características da relación de parella e do contexto familiar permitirá coñecer e identificar posibles factores que aumenten a victimización, non só da muller senón doutras persoas vulnerables que formen parte do núcleo familiar. En definitiva, consideramos que a información pode contribuír á optimización das medidas de prevención e intervención, atendendo especialmente aos colectivos mais vulnerables.

A identificación das consecuencias e danos que provoca a violencia de xénero é unha cuestión complexa. Os episodios de violencia poden manifestarse de diversas formas e prodúcense frecuentemente durante un tempo prolongado polo que os efectos, tanto a curto como a longo prazo, son múltiples. O estudo das lesións físicas e outras manifestacións, así como das circunstancias da violencia, permitirán mellorar o diagnóstico e tratamento, favorecendo a identificación dos casos por parte do persoal sanitario, posibilitando un diagnóstico precoz e diminuindo os efectos adversos na saúde. Por todo isto, o estudo das características da violencia e os seus mecanismos lesivos, así como das lesións físicas e a súa gravidade fóron un dos principais propósitos desta investigación.

A afectación da saúde da muller implica unha maior utilización do sistema sanitario. Polo tanto, o persoal sanitario é un dos principais colectivos aos que a vítima acude na búsqueda de axuda. É importante a súa preparación para afrontar, detectar, diagnosticar e tratar adecuadamente os casos que se lles presenten, incluíndo a súa vertente

legal. Debe poñer en coñecemento da autoridade xudicial a posible existencia dun delito, cumprimentando o correspondente parte de lesións. A súa correcta elaboración resulta primordial, xa que facilita a actuación dos xuíces e fiscais e, ao mesmo tempo, o seu contido pode ser fundamental no desenlace do proceso. A comunicación do profesional sanitario ao xulgado dunha lesión tamén constitúe un alicerce sobre o que posteriormente deseñar unha resposta xudicial no que respecta ás medidas de protección e prevención. O facultativo que atende á muller maltratada pode elaborar tamén un informe médico, documento importante durante o proceso xudicial, que pode actuar como elemento probatorio da habitualidade e reincidencia da violencia. Por estas razóns, un dos focos fundamentais desta investigación foi avaliar os partes de lesións e outros informes realizados no contexto da asistencia sanitaria. Estes proporcionan información valiosa sobre o tratamento que as vítimas recibiron e ademais permitirán coñecer se responden ás recomendacións dos protocolos elaborados para estes casos ou se hai aspectos que se deben mellorar.

A coordinación entre o sistema sanitario e o xudicial é clave para realizar unha instrución completa e un correcto axuizamento penal. Partindo do parte de lesións realizado polo persoal sanitario, na fase de instrución, o médico forense e os psicólogos realizarán a valoración da vítima e elaborarán o correspondente informe pericial. Todos estes documentos, constitúen medios de proba fundamentais que van a surtir efecto á hora de ditar sentenza ou definir o tipo de delito. A decisión final por parte do xuíz tamén vai estar influenciada polo comportamento da muller durante o proceso, tanto á hora de iniciar o procedemento ou prestar testemuño, como noutras fases do

proceso. Polo tanto, no presente estudo preténdese coñecer as características que definen os procesos penais de violencia de xénero e cales son os elementos que inflúen na decisión final do xuíz, abordando con especial interese o comportamento da muller durante todo o proceso. A información que poida obterse pode ser importante para elaborar estratexias de apoio e intervención e conseguir, nun futuro, que estas non queiran desentenderse da marcha do proceso.

A loita contra a violencia de xénero debe realizarse de maneira coordinada e integrada por diferentes colectivos. A necesidade e importancia de realizar unha abordaxe integral queda actualmente reflectida nas diferentes leis, guías e recomendacións, tanto nacionais como internacionais. A revisión dos expedientes xudiciais, nos que se inclúen documentos de diferente natureza, acércanos a este problema desde unha perspectiva obxectiva, baseada en feitos probados polo xulgador. Permite obter información concreta e completa, de casos reais, o que pode contribuír ao deseño de estratexias de afrontamento do problema baseadas na evidencia ou á mellora das existentes.

2.2. OBXECTIVOS

2.2.1. Obxectivo xeral

O obxectivo xeral desta investigación foi realizar un estudo da violencia de xénero que se resolve pola vía penal dende unha perspectiva medicolegal e criminolóxica.

2.2.2. Obxectivos específicos

1. Analizar as características sociodemográficas das mulleres, dos presuntos agresores, así como da relación de parella e do contexto familiar.
2. Describir as características e circunstancias da violencia. Analizar as súas consecuencias, principalmente as lesións físicas.
3. Analizar as características da asistencia sanitaria que recibiu a muller tras o episodio violento e describir a natureza e calidade dos documentos medicolegais.
4. Analizar diversos aspectos do proceso xudicial, como a forma de iniciación, a cualificación dos feitos ou o resultado e tratar de establecer se existen factores persoais ou situacionais que inflúen no desenlace do proceso.
5. Estudar o comportamento das vítimas durante o proceso penal e analizar si este comportamento esta relacionado coas características sociodemográficas ou do seu contexto.
6. Establecer se hai características (inmigración, consumo ou abuso de sustancias) asociadas á violencia de xénero e si se poden definir tipoloxías que describan tipos de mulleres, de presuntos agresores, de relación de parella, de violencia, de lesións, de abordaxe medicolegal e de rol da muller durante o proceso penal.



3.

*Material e
métodos*



3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Realizouse un estudo transversal de corte retrospectivo e de carácter descritivo de diversos casos clasificados como violencia de xénero.

3.2. SELECCIÓN DA MOSTRA

Incluíronse no estudo todos aqueles expedientes que foron clasificados como violencia de xénero pola Fiscalía de Área de Santiago de Compostela. Esta está composta polos seguintes partidos xudiciais: Padrón, Ribeira, Negreira, Muros, Noia e Santiago.

Durante a selección dos expedientes, aqueles casos onde se repetían vítima e agresor incluíuse o último expediente e contabilizáronse os anteriores como agresións previas. Ademais, tivéronse en conta os seguintes criterios de inclusión e exclusión:

3.2.1. Criterios de inclusión

- Casos de violencia contra a muller na parella.
- Procedemento xudicial finalizado con sentenza firme.

- Período comprendido entre o 1 de xaneiro de 2005 ata o 31 de decembre do 2012.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Casos de violencia contra a muller noutros contextos que non sexan a relación de parella.
- O procedemento xudicial concluíu por outras causas.
- Casos pendentes de sentenza.
- Casos nos cales o agresor era xulgado unicamente como autor de quebrantamento dunha orden de afastamento.

3.3. DEFINICIÓN DAS VARIABLES ESTATÍSTICAS

As variables do estudo agrupáronse en varios apartados:

3.3.1. Variables sociodemográficas

Diferenciáronse as variables relacionadas coa muller, as relacionadas co agresor e aquelas que describen a relación existente entre ambos e o contexto familiar.

3.3.1.1. Variables referidas á muller

- **Idade.** *Variable cuantitativa continua.* Recolleuse a idade da muller no momento da agresión, en anos.

• **Estado civil.** *Variable cualitativa nominal.* Asignáronse os seguintes valores: solteira, parella de feito, casada, separada, divorciada e viúva.

Para a análise de asociación reducíronse a tres categorías:

- Solteira
- Casada ou parella de feito
- Separada, divorciada ou viúva.

• **País de orixe.** *Variable cualitativa nominal.* Recolleuse o lugar de nacemento da muller, considerando si naceu en España, noutro país europeo ou non europeo. Para a análise de asociación so se tivo en conta se a vítima era de nacionalidade española ou estranxeira.

• **Nivel de estudos.** *Variable cualitativa ordinal.* Diferenciáronse tres niveis:

- Alto: estudos universitarios e formación profesional superior.
- Medio: estudos de bacharelato, curso de orientación universitaria (COU), formación profesional media e outros cursos de formación.
- Baixo: graduado escolar ou formación inferior.

• **Situación laboral.** *Variable cualitativa nominal.* Especificouse que actividade realizaba:

- Empregada: diferenciamos profesións que precisan una titulación superior ou media daquelas que non requiren titulación
- Paro o baixa laboral
- Ama de casa
- Pensionista ou xubilada
- Estudante

Para o análise comparativo diferenciouse se a muller contaba cun traballo remunerado ou non.

• **Nivel socioeconómico.** *Variable cualitativa ordinal.* Distinguíronse tres categorías en función dos ingresos mensuais:

- Alto: ingresos mensuais superiores aos 1500€.
- Medio: ingresos mensuais iguais entre 900€ e 1500€.
- Baixo: ingresos inferiores aos 900€ ao mes.
- Con ingresos pero sen especificar contía.

• **Domicilio.** *Variable cualitativa ordinal.* Lugar de residencia no momento dos feitos, diferenciándose tres categorías:

- Urbano: localidade con mais de 10000 habitantes
- Semiurbano: poboación entre 2000 e 10000 habitantes.
- Rural: poboación con menos de 2000 habitantes.

• **Fillos.** Indicouse se a muller tiña ou non fillos (*variable cualitativa nominal*). Recolleuse o número de fillos total e tendo en conta quen era o pai (agresor ou con outro compañeiro sentimental), variables que foron tratadas como *cuantitativas discretas* e *cualitativas ordinais*.

• **Embarazo.** *Variable cualitativa nominal.* Constatouse se a muller estaba embarazada ou non no momento da agresión.

• **Adiccións ou consumo habitual de sustancias.** Diferenciáronse: alcohol, estupefacientes ou sen especificar a sustancia (*variable cualitativa nominal*). Tamén se recolleu a adicción ao xogo.

• **Documentos/persoas que avalan o consumo.** Nesta *variable cualitativa nominal* recolléronse os datos que permitiron comprobar a adicción/consumo, diferenciando varias fontes:

- Sentenza xudicial
- Tratamento de deshabitación
- Declaracións testificais: da muller, presunto agresor, familiares, policía (*variable cualitativa nominal*).
- Informes: da traballadora social, unidade de drogodependencia, informe médico-forense, informes psiquiátricos ou informes de atención urxente (*variable cualitativa nominal*).

- **Estado de saúde.** Datos referentes ao estado de saúde da muller recollidos nos expedientes xudiciais (*variable cualitativa nominal*). Diferenciáronse varias categorías: sen patoloxía, patoloxía psiquiátrica e patoloxía médica.

3.3.1.2. Variables do presunto agresor

Recolléronse as mesmas variables que as descritas para as mulleres (idade, estado civil, domicilio, país de orixe, nivel educativo, nivel socioeconómico, profesión, estado de saúde e adicción/consumo habitual de sustancias), excepto as variables relacionadas coa existencia de fillos e embarazo. Ademais engadíronse as seguintes:

- **Características de personalidade.** Diferenciáronse 3 tipos (*variable cualitativa nominal*): agresivos ou violentos, autoritarios ou machistas e inestables ou desconfiados.
- **Antecedentes penais ou policiais.** *Variable cualitativa nominal* na que se recolleu o tipo de antecedentes do presunto agresor:
 - Penais: condenado con sentenza firme do mesmo título ao que está sendo procesado.

-Penais non computables: non gardan relación co título que nos ocupa.

Para a análise de asociación tívose en conta a presenza ou non de antecedentes penais, incluíndo ambos tipos.

-Policiais.

3.3.1.3. Variables relacionadas coa relación de parella e o contexto familiar

- ***Convivencia.*** *Variable cualitativa nominal.* Definiuse se a muller e o presunto agresor convivían no momento dos feitos.
- ***Anos de convivencia.*** *Variable cuantitativa continua* na que se recolleu o número de anos que durou a convivencia entre a parella.
- ***Tipo de vivenda.*** Cando os implicados vivían xuntos, definiuse como *variable cualitativa nominal* o tipo de vivenda que compartían diferenciando tres categorías: piso, casa ou outros.
- ***Propiedade da vivenda.*** *Variable cualitativa nominal* na que se diferenciou se a vivenda que compartían era propiedade do presunto agresor, da muller, de algún familiar, se estaban en réxime de aluguer ou noutra situación (ocupas, concesión do concello, casa de acollida).
- ***Persoas que conviven coa parella.*** En caso de convivencia, recolleuse se compartían ou non a vivenda con terceiras persoas (fillos, outros familiares ou sen parentesco) (*variable cualitativa nominal*).
- ***Tipo de relación sentimental dos implicados.*** Recolleuse nunha *variable cualitativa* o tipo de relación sentimental que mantiñan os

implicados no momento dos feitos, diferenciando as seguintes categorías: parella formal/matrimonio, ex parella, divorciados, en trámites de separación/divorcio ou relación inestable (convivencia variable ou reinicio da relación xusto antes dos feitos).

3.3.2. Variables relacionadas coa violencia

Incluíronse variables que definen as características da violencia denunciada e do contexto no que se produciu. Tamén as variables que describen as consecuencias da violencia e as características da asistencia sanitaria recibida pola muller.

3.3.2.1. Variables relacionadas coas características da violencia

- **Duración do maltrato.** *Variable cualitativa nominal* na que se rexistrou se o maltrato foi continuado ou consistiu unicamente nun ou varios episodios illados.
 - Nos casos de maltrato continuado recolleuse o número de anos de duración (*variable cuantitativa continua*).
 - Nos casos de maltrato ocasional recolleuse o número de episodios illados (*variable cualitativa ordinal*).
- **Comezo do maltrato.** Describiuse nesta *variable cualitativa nominal* se a violencia comezou ou non tras unha discusión de parella.
- **Tipo de maltrato.** Distinguiuse se o maltrato denunciado pola muller fóra físico, psicolóxico ou sexual (*variable cualitativa nominal*).

- **Agresións previas.** Recolleuse nunha *variable cualitativa nominal* se a muller referiu ou non sufrir agresións con anterioridade.
- **Número de mecanismos lesivos.** Recolleuse a cantidade de mecanismos utilizados (*variable cuantitativas discreta*).
- **Mecanismos de agresión física.** Recolléronse en *variables cualitativas nominais* independentes os seguintes mecanismos de abuso: rabuñar, empurrar, agarrar, golpear coa man aberta (labazadas) e pechada (puñada), dar patadas, dentadas, intentos de estrangulación, golpear a cabeza da vítima contra algo, uso de armas/instrumentos e outros mecanismos non incluídos nas variables anteriores. Nalgúns casos non se especificaba o mecanismo concreto, incluíndose na variable golpear/agredir/mallar.

Para a análise de asociación consideráronse catro grupos:

- Mecanismos de abuso físico menor: rabuñar, empurrar, agarrar, dar labazadas.
 - Mecanismos de abuso físico maior: puñadas, patadas, mordeduras, golpes/agresións e/ou malleiras, golpear a cabeza contra algo e outros
 - Uso de instrumentos (cortante, contundente ou outro)
 - Intento de estrangulación
-
- **Mecanismos de abuso psicológico.** Distinguíronse as seguintes *variables cualitativas nominais*: insultar e humillar, ameazar con e sen armas/instrumentos, actitude controladora, asexar/espíar/acosar, destrución de obxectos/danos materiais e/ou dano animal, e outros mecanismos non incluídos nas variables anteriores (botar fora do coche, do domicilio...).

Para a análise de asociación agrupáronse en catro grupos:

- Insultar e humillar
- Ameazar: con e sen armas/instrumentos.
- Actitudes controladoras, acusadoras, e outros mecanismos
- Destrución de obxectos/danos materiais e/ou dano animal

• **Violencia contra outras persoas.** Recolleuse como *variable cualitativa nominal* se nos feitos denunciados tamén se relatan episodios violentos contra terceiros (fillo, policía, outros).

3.3.2.2. Variables relacionadas coas circunstancias da violencia

• **Lugar no que se produciu a agresión.** Recolleuse se o feito tivo lugar nun domicilio particular ou nun lugar público. No primeiro caso, especificouse si se trataba do domicilio familiar, da muller, do agresor ou doutros. Se foi nun lugar publico, si tivo lugar no traballo, discoteca ou bar, vehículo, outros. Todos estes datos foron recollidos como *variables cualitativas nominais*.

• **Presenza de testemuñas.** Reflectiuse se o feito foi presenciado ou non por terceiras persoas. Recolleuse especificamente se foron presenciados por menores (*variables cualitativas nominais*).

• **Consumo de sustancias no momento da agresión.** *Variable cualitativa nominal* que recolle se algún dos implicados consumira sustancias no momento dos feitos, diferenciándose as seguintes categorías: alcohol, estupefacientes, outras sustancias.

• **Documentación que avala o consumo o día dos feitos.** *Variable cualitativa nominal* que inclúe as fontes de datos que acreditaron o consumo, diferenciáronse:

- Sentenza xudicial
- Declaracións testificais: da muller, presunto agresor, familiares, policía (*variable cualitativa nominal*).
- Informes: médico-forense, psiquiatría, urxencias, traballadora social, unidade de drogodependencias (*variable cualitativa nominal*).

3.3.3. Variables relacionadas coas consecuencias da violencia

• **Consecuencia da violencia.** Establecéronse *variables cualitativas nominais* referidas ao tipo de dano (físico, psicolóxico ou ambos) sufrido pola vítima tras o episodio violento.

• **Tipo de lesión física.** Establecéronse diferentes *variables cualitativas nominais* segundo a natureza das lesión físicas:

- Escoriación: calquera lesión caracterizada pola perda traumática das capas superficiais da pel.
- Contusión/hematoma/equimose: acumulación de sangue producida como consecuencia dun trauma con un obxecto romo.
- Ferida: lesión con perda da solución de continuidade da pel.
- Eritemas, edemas: coloración vermella da pel ou inchazón por acumulo de líquido tisular.
- Outras lesións: como escordaduras, fracturas, perforacións timpánicas.

- **Número de lesións físicas.** Recolleuse nunha *variable cuantitativa discreta* a cantidade de lesións consecuencia da violencia. Esta variable tamén foi tratada como unha *variable cualitativa ordinal*.
- **Localización das lesións.** Localización anatómica, diferenciando de maneira independente as seguintes *variables cualitativas*: cabeza, cara, pescozo, membros superiores, membros inferiores e tronco.
- **Días de hospitalización, curación e baixa.** Anotáronse en cadansúa *variable cuantitativa discreta* o número de días de hospitalización, de curación ou de baixa que precisou a muller. Estas variables tamén foron tratadas como *cualitativas ordinal*.
- **Secuelas.** *Variable cuantitativa nominal* que recolle a presenza ou non dalgún tipo de secuela e a súa natureza: psíquicas e/ou físicas.

3.3.4. Variables relacionadas coa asistencia sanitaria

- **Asistencia sanitaria.** *Variable cualitativa nominal* que recolle se a muller precisou asistencia sanitaria trala agresión denunciada.
- **Lugar onde se realizou a asistencia.** Especificouse se a asistencia se realizou nalgún departamento de urxencias (tanto hospitalarias como de atención primaria), no centro de saúde ou nunha consulta especializada (especificando o servizo). Estes datos foron recollidos en forma de *variables cuantitativas nominais*.

Para o análise tipolóxico considerouse unha sola variable con tres categorías (centro de saúde, urxencias ou atención especializada) e anotouse tan só o servizo de maior especialización no que a vítima foi atendida.

- **Día da semana.** *Variable cualitativa nominal* que recolle o día da semana (luns, martes, mércores, xoves, venres, sábado ou domingo) no que se produciu a asistencia sanitaria.

Para a análise tipolóxica só tivemos en conta se a asistencia tivo lugar entre semana ou no fin de semana.

- **Momento da asistencia.** Recolleuse, nunha *variable cualitativa nominal*, a hora do día á que se realizou a asistencia considerando tres faixas horarias, mañá de 8:00 a 15:00 horas, tarde de 15:01 a 22:00 horas e noite de 22:01 a 7:59 horas.

- **Acompañantes.** *Variable cualitativa nominal* onde se recolle se a vítima acudiu ao centro sanitario acompañada (polo agresor, familiares ou outros) no momento da primeira asistencia sanitaria.

- **Tratamento prestado.** *Variable cualitativa nominal* onde se inclúe se a muller precisou ou non tratamento médico, cirúrxico ou ambos.

Para o análise tipolóxico tívose en conta sempre o máximo nivel de especialización: non precisou tratamento, precisou tratamento médico ou precisou tratamento cirúrxico (incluíndo nesta última categoría aqueles casos nos que a vítima precisou tratamento médico e cirúrxico).

3.3.5. Variables relacionadas coas probas documentais

Neste apartado inclúense as variables referidas aos documentos sanitarios e informes forenses relacionados co maltrato, así como as de outros documentos adxuntos aos expedientes.

3.3.5.1. Documentos sanitarios relacionados coa agresión denunciada

Os documentos emitidos por os facultativos trala asistencia sanitaria da muller dividíronse en dous grupos. Por un lado, os partes médico legais (partes de lesións e partes xudiciais) e por outro os informes de primeira asistencia. Consideráronse as seguintes variables:

- ***Procedencia.*** *Variable cualitativa nominal* que recolle o tipo de centro sanitario no que foi realizado (servizo de urxencias hospitalarias, atención primaria ou puntos de atención continuada).
- ***Análise do contido.*** Recolléronse as 10 *variables cualitativas nominais dicotómicas* referidas aos apartados que deben cubrirse nos partes de lesións realizados en casos de violencia de xénero¹⁶⁶:

- Especificación de caso de violencia de xénero
- Datos de filiación da vítima
- Datos persoais do facultativo que presta a asistencia
- Datos referentes a fecha e hora do incidente
- Ausencia de tachaduras
- Descrición do tipo de lesións
- Descrición da localización das lesións
- Referencia ao estado psíquico da vítima
- Reflexo das medidas terapéuticas realizadas
- Referencia a agresións previas ou si é a primeira vez

- ***Lexibilidade.*** *Variable cualitativa nominal* na que se distinguen as seguintes categorías:

- Lexible: podíase ler facilmente e con claridade.
- Difícil de ler: menor claridade e lectura mais complicada.

-Ilexible: era imposible a súa comprensión debido ao abundante uso de abreviaturas, a existencia de palabras tachadas e/ou a mala caligrafía do escritor.

• **Utilización de abreviaturas e/ou símbolos.** *Variable cualitativa nominal* que recolleu a presenza ou non de abreviaturas no informe.

• **Reflexo do prognóstico.** *Variable cualitativa nominal* que recolle se o documento médico legal reflicte ou non o prognóstico. En caso afirmativo, especificouse noutra *variable cualitativa nominal* cal foi, distinguindo catro categorías:

- Leve, bo ou favorable
- Moderado ou menos grave
- Grave
- Reservado

3.3.5.2. Informes periciais ou forenses

Analizouse a existencia de informes periciais da vítima relacionados co feito denunciado, describindo a súa natureza e características coas seguintes variables:

• **Tipo de informe pericial.** Distinguíronse dous tipos de informes: os informes periciais psicolóxicos e os informes médico forenses. En canto aos últimos, diferenciáronse 3 tipos:

- Informe médico-forense inicial.
- Informe médico-forense de seguimento.
- Informe médico-forense de alta ou de sanidade.

- **Descrición do dano.** Anotouse en cadansúa *variable cualitativa nominal* se o informe acreditaba dano físico ou psicolóxico.
- **Congruencia das lesións.** *Variable cualitativa nominal* onde se fai constar se as lesións da muller eran ou non compatibles co mecanismo de abuso manifestado.

3.3.5.3. Outros informes

Analizouse a existencia e natureza doutros informes sobre a vítima, o agresor ou terceiras persoas.

- **Informes relacionados coa muller.** Especificouse se foran emitidos outros informes, anexados ou non ao expediente. Distinguíronse as seguintes *variables cualitativas*:

- Informes relacionados coa agresión actual (agás os xa citados).
- Informes médico-forenses non relacionados coa agresión actual
- Historiais clínicos
- Informes de atención hospitalaria, hospitalizacións ou de clínicas privadas.
- Informes de unidades de psiquiatría ou de hospitalización en saúde mental
- Informes sociais
- Informes relacionados con drogodependencias.
- Outros informes.

- **Informes do presunto agresor.** Especificouse se foran emitidos informes sobre o presunto agresor (anexados ou non ao expediente). Distinguíronse as seguintes *variables cualitativas*:

- Informes de atención sanitaria do día da agresión.
- Partes de lesións ou xudiciais do día da agresión.
- Informes forenses ou periciais.
- Informes psiquiátricos ou da unidade de saúde mental
- Informes psicolóxicos
- Informes sociais
- Informes relacionados co consumo habitual de sustancias
- Outros informes.

• **Informes de terceiras persoas.** Especificouse si foran emitidos informes de terceiras persoas (anexados ou non aos expedientes). Distingúronse as seguintes *variables cualitativas*:

- Informe de atención sanitaria do día da agresión de familiares
- Partes de lesións ou xudiciais de familiares
- Partes de lesións ou xudiciais de outras persoas
- Atestados policiais
- Informes periciais ou do IMELGA
- Informes sobre menores
- Outros informes.

3.3.6. Variables relacionadas co procedemento xudicial

Neste apartado inclúense as variables que describen o proceso e a resolución xudicial, así como o comportamento da muller.

• **Formas de iniciación do proceso penal.** Diferenciáronse as seguintes *variables cualitativas dicotómicas*:

- Denuncia presentada pola vítima

- Denuncia presentada pola familia
- Denuncia presentada por terceiros
- Atestado policial con denuncia vítima
- Atestado policial con denuncia familia
- Atestado policial con intervención directa policial
- Parte de lesións
- Outros medios: denuncia procedente de calquera funcionario ou empregado público, distinto dos anteriores e que coñecera a perpetración do delito por razón da súa profesión, cargo ou oficio.

• **Cualificación xurídica dos feitos.** Recolleuse en cadansúa *variable cualitativa* cal foi o/s delito/s polos que o acusado foi declarado culpable:

- Delito de lesións (147CP): diferenciouse noutra *variable cualitativa nominal* o tipo de lesións, tendo en conta dúas categorías: físicas ou psíquicas.
- Delito de maltrato ocasional (153CP): diferenciouse en cadansúa *variable cualitativa* a modalidade: unha lesión non definida como delito (lesión non propiamente dita e que non precisa asistencia sanitaria), menoscabo psíquico ou maltrato de obra (empuxóns...).
- Delito de maltrato habitual (173CP): recolleuse cales foron os medios que acreditaron a habitualidade tanto da violencia física como psíquica (*variables cualitativas nominais*): condena anterior, declaración da vítima, denuncia interposta pola vítima, declaración de testemuñas, parte de lesións ou outros medios.
- Delito de homicidio (138CP)
- Delito de asasinato (139CP)

- Delito contra a liberdade sexual (178-194CP)
 - Delito de ameazas (620CP)
 - Falta de ameazas (620CP)
 - Delito de coaccións (172CP)
 - Delito de quebrantamento (168CP): especificouse noutra *variable cualitativa nominal* se o acusado incumpriña algunha medida de protección da vítima ou algunha pena accesoria interposta anteriormente (de afastamento, de seguridade, regra conduta suspensión/ substitución)
 - Outros delitos
- ***Outros actos violentos.*** *Variable cualitativa que recolle* se o agresor realizou actos violentos sobre outras persoas ou cousas.
- ***Medidas de protección da vítima.*** Recolléronse en *variables cualitativas* varios aspectos relacionados coas medidas de protección:
- Ditado ou non de medidas para protexer á vítima.
 - En caso afirmativo, tipo de medida, tendo en conta as medidas propostas polo artigo 544 *ter* CP: afastamento (entendido como a prohibición de achegarse a vítima), residencia (prohibición de residir ou acudir ao lugar onde reside a vítima) e comunicación (prohibición de comunicación a través de calquera medio); así como a medida de prisión provisional proposta no art.502.3 da LECrim.
- ***Medios de proba.*** Especificáronse os medios que probaron o delito, diferenciando as seguintes *variables cualitativas*:
- Interrogatorio acusado
 - Declaración testifical da vítima

- Declaración testifical da familia da vítima
- Declaración testifical da familia do agresor
- Declaración testifical de terceiras persoas (veciños, amigos, forzas e corpos de seguridade do estado)

• **Comportamento procesual da muller.** Ademais de se a vítima interpuxo a denuncia ou declara no xuízo, recolléronse en cada súa *variable cualitativa dicotómica* as seguintes accións:

- Retirada da denuncia
- Retractación ou modificación do seu testemuño
- Exercicio do seu dereito a non declarar (416 LECrim)

• **Atenuantes.** Incluíronse en *variables cualitativas* a existencia ou non dalgunha circunstancia que diminúa a responsabilidade criminal do acusado (art. 21 CP): as eximentes cando non concorra o necesario, actuar a causa de adicción a sustancias, actuar por causas que produzan arrebatado, obcecación ou estado pasional, confesar a infracción antes de coñecer que hai procedemento contra el, reparación do dano con anterioridade ao xuízo ou calquera outra circunstancia análoga ás anteriores.

• **Eximentes.** Recolleuse en *variables cualitativas* se no agresor concurría algunha circunstancia que o liberou da responsabilidade penal (art. 20 CP): anomalía ou alteración psíquica, consumo ou intoxicación por drogas, alteración da percepción da realidade desde o nacemento ou a infancia, obrar en defensa persoal ou alleo, actuar en estado de necesidade para evitar un mal propio ou alleo, actuar impulsado por un medo insuperable ou cumprir cun deber, exercendo un dereito ou oficio.

- **Agravantes.** Corroborouse a existencia ou non de circunstancias que aumentaron a responsabilidade criminal, diferenciando aquelas propostas polo art. 22: aproveitar circunstancias que faciliten impunidad delinciente, executar por prezo, recompensa ou promesa; motivos discriminatorios raza, sexo, orientación; aumentar o sufrimento deliberada e innecesariamente, abuso de confianza, prevalerse do carácter público que teña o culpable ou ser reincidente. e a proposta polo art. 23 CP (agravante mixta de parentesco) cando esta funciona como agravante. Estes datos foron recollidos en *variables cualitativas nominais* independentes.

- **Recurso.** Recolléronse en *variables cualitativas nominais* se o acusado recorreu a sentenza xudicial firme e se este recurso foi estimado ou non.

- **Fallo xudicial.** *Variable cualitativa nominal* que recolle a forma de terminación do proceso xudicial, tendo en conta dúas categorías: Sentenza absolutoria ou condenatoria.

- **Ano.** Tamén se recolleu nunha *variable cualitativa nominal* o ano no que se fixo firme a sentenza xudicial, dende o ano 2005 ata o 2012.

3.4. PROCEDEMENTO

Para a realización deste estudo seguíronse os seguintes pasos:

3.4.1. Recollida de datos

Na primeira fase do estudo realizouse a recollida e selección de información relevante a partir dos documentos incluídos nos

expedientes da Fiscalía de Área de Santiago de Compostela. Utilizáronse como *fonte de datos* os seguintes documentos adxuntos aos expedientes:

- Atestados policiais.
- Documentos relacionados coa agresión denunciada, tanto sanitarios (partes de lesións, parte xudiciais e informes de primeira asistencia) como periciais (informes médico-forenses e informes psicolóxicos).
- Expedientes sociais
- Informes da fiscalía
- Sentenza xudicial

Para a recollida dos datos utilizáronse unhas *fichas “ad hoc”* deseñadas polo equipo de investigación (*ver anexo I, apartado 8.1*).

Trala recollida de datos procedeuse a codificalos nunha *base de datos dixital* (Microsoft Office Excel 2007®).

3.4.2. Aplicación de escalas

A partir dos datos e das variables codificadas aplicáronse as escalas que se describen a continuación, obtendo novas variables que tamén foron codificadas na base de datos antes de proceder ao análise estatístico.

3.4.2.1. Escalas de valoración do trauma

Unha vez que se recompilou toda a información referente as lesións sufridas pola muller e se codificou na base de datos,

aplicáronse as escalas de valoración do trauma. Estas permítennos describir e medir de modo obxectivo a gravidade dunha lesión ou dunha persoa lesionada tendo en conta a localización destas.

• ***Abbreviated Injury Scale ou Escala de Lesións Abreviada (AIS):*** Trátase dun sistema estandarizado para clasificar o tipo e a gravidade das lesións producidas en todo o organismo. Foi creada no ano 1971 e o seu propósito orixinal era clasificar o tipo e gravidade das lesión resultantes dos accidentes de tráfico. Desde a súa orixe esta escala sufriu varias modificacións, actualmente esta vixente a ***AIS 2005-Actualización 2008***²⁰⁰. Defínese como un: "sistema de codificación da gravidade global das lesión, consensuado e baseado na anatomía corporal, que clasifica cada lesión segundo a rexión corporal, de acordo coa súa importancia relativa nunha escala ordinal de 6 puntos"²⁰⁰. Permite describir o tipo e localización da lesión xa que contén uns 2000 descritores de lesión.

Asígnalle a cada lesión un código numérico de 7 díxitos: seis a esquerda dun punto e un a dereita deste. Os seis números que están a esquerda do punto (código pre-punto) indican o tipo de lesión. O número que está a dereita (código post-punto ou código de gravidade) indican o valor de gravidade AIS, e vai do 1 ao 6 seguindo a graduación que se mostra na ***Táboa 3.1***. Esta escala permite tamén completar o código con catro números mais despois do código post-punto chamados localizadores que permiten situar de forma precisa a lesión no organismo. Esta escala non valora múltiples lesións e supón o punto de partida do resto das escalas utilizadas.

Táboa 3.1. Gravidade das lesións segundo a escala AIS.

Código AIS	Descrición
1	Menor
2	Moderada
3	Sería
4	Grave
5	Crítica
6	Máxima (actualmente sen tratamento)

Neste estudo recolleuse o código AIS coa finalidade de obter información sobre a gravidade de cada lesión que presenta a muller. Ademais, recolleuse o código AIS pre-punto para describir as características e localización de cada lesión.

• **Maximun AIS (MAIS):** Recolleuse ademais o valor MAIS para cada vítima, é dicir, o valor AIS mais alto. Este permite valorar a un doente con varias lesións e representa a lesión mais grave da persoa o que corresponde co valor da escala AIS mais alto, o mais severo.

• **Injury Severity Score (ISS):** Xa que a escala AIS non reflicte o efecto combinado de varias lesións creouse o Injury Severity Score (ISS), tamén chamado Puntuación de Gravidade das Lesións. Esta escala basease na escala AIS e ten como finalidade valorar o efecto combinado das múltiples lesións que pode sufrir unha persoa. Divide o corpo en seis rexións corporais da seguinte maneira²⁰¹:

-Cabeza e pescozo: inclúense lesións na cabeza, pescozo, cerebro, cranio e columna cervical.

-Cara: comprenden as lesións faciais e na boca, orellas, ollos, nariz e osos faciais.

-Peito: inclúense as lesións nos órganos localizados nesta cavidade e as lesións producidas no diafragma, caixa torácica ou columna torácica.

-Contidos abdominais ou pelvianos: comprenden as lesións nos órganos destas cavidades e lesións na columna lumbar.

-Extremidades ou cintura pelviana: inclúen escordaduras, fracturas, dislocacións e amputacións (excepto as da columna, cráneo e caixa torácica).

-Rexión externa: inclúense tódalas lesións localizadas na superficie corporal (laceracións, contusións, abrasións, queimaduras), así como as lesións por electricidade ou as queimaduras por frío.

Partindo dos valores de gravidade da escala AIS, súmanse os cadrados das 3 puntuacións AIS máis altas en tres rexións distintas do corpo (Ver exemplo **Figura 3.1**). O resultado varia entre 1 e 75. Un ISS maior ou igual a 15 indica un paciente con lesións graves e un con 75, lesións incompatibles coa vida. Calquera persoa con un AIS 6 é automaticamente un ISS 75 sen ter en conta o resto das lesións.

REXIÓN	Código AIS
Cabeza e pescozo	Lesión AIS 2
Tórax	Lesión AIS 1
Abdome	Lesión AIS 4
	Lesión AIS 3
	Lesión AIS 3
Pelve	Sen lesión
Extremidades	Lesión AIS 2
Externa	Lesión AIS 1

Elíxense os tres valores máis altos en tres rexións anatómicas diferentes

Cálculo do ISS

ISS = $2^2 + 4^2 + 2^2 = 4 + 16 + 4 = 24$

Figura 3.1. Exemplo Cálculo ISS

• **New ISS (NISS):** Trátase dunha modificación da escala ISS. É tamén un marcador de gravidade baseado na escala AIS. Consiste na suma dos cadrados dos tres valores AIS mais altos, independentemente da localización anatómica das lesións²⁰² (Ver exemplo **Figura 3.2**). Predí mellor a gravidade que o ISS xa que non diferencia as rexións corporais. O ISS, ao depender de diferentes localización anatómicas, pode non ter en conta lesións graves que están na mesma rexión corporal, subestimando a gravidade da persoa²⁰³.

REXIÓN	Código AIS
Cabeza e pescozo	Lesión AIS 2
Tórax	Lesión AIS 1
Abdome	Lesión AIS 4
	Lesión AIS 3
	Lesión AIS 3
Pelve	Sen lesión
Extremidades	Lesión AIS 2
Externa	Lesión AIS 1

Elíxense os **tres valores** mais altos **sen ter en conta a rexións** anatómicas.

Cálculo do NISS

$NISS = 4^2 + 3^2 + 3^2 = 16 + 9 + 9 = 34$

Figura 3.2. Exemplo cálculo NISS

3.4.2.2. Baremo de calidade dos documentos medicolegais

Aos partes de lesións, partes xudiciais e informes de primeira asistencia aplicóuselles o baremo elaborado por *García et al.*¹⁶⁶. Esta escala ten en conta as directrices do Protocolo común para a actuación

sanitaria ante a violencia de xénero, publicado no ano 2007 polo Ministerio de Sanidade e Consumo. Nela valóranse 10 apartados que se deben incluír nos partes de lesións. A estes 10 ítems (recollidos como variables dicotómicas no noso estudo), asignóuselle a puntuación proposta polos autores: dato imprescindible 15 puntos, necesario 10 puntos e importante 5 puntos. Se o dato non aparece recollido ou se fai de forma incorrecta, daríase 0 puntos (*Táboa 3.2*).

Táboa 3.2. Escala de calidade dos partes de lesións en violencia de xénero (García et al.¹⁶⁶)

Ítems	Puntuación
1. Especificación de caso de violencia de xénero	15 puntos
2. Datos de filiación da vítima	15 puntos
3. Datos persoais do facultativo	15 puntos
4. Datos referentes a fecha e hora do incidente	10 puntos
5. Ausencia de tachaduras	5 puntos
6. Descrición do tipo de lesións	10 puntos
7. Descrición da localización das lesións	10 puntos
8. Referencia ao estado psíquica da vítima	5 puntos
9. Reflexo das medidas terapéuticas realizadas	10 puntos
10. Referencia a agresións previas	5 puntos

A puntuación total, obtida trala suma dos 10 ítems, pode variar de 0 a 100 puntos. En función desta puntuación obtida, cualifícanse os documentos como de alta calidade (de 90 a 100 puntos), calidade intermedia (75 e 80 puntos) e baixa calidade (menos de 70 puntos).

Aínda que esta escala se deseñou unicamente para valorar os partes de lesións, nos expedientes constaban informes de diferente natureza e estrutura (partes de lesións, partes xudiciais e informes de primeira asistencia) que recollían a asistencia sanitaria proporcionada a vítima tralo episodio violento denunciado. Polo tanto, no presente estudo, decidiuse aplicar este baremo a todos estes documentos,

diferenciando os partes de lesións e partes xudiciais, por una lado e os informes de primeira asistencia, por outro.

3.4.3. Estudo estatístico

Tras depurar a base de datos e aplicar as escalas descritas, procedeuse a análise estatística dos datos, que se divide en tres partes:

- Primeiro realizouse unha *análise descritiva* de tódalas variables. Utilizáronse os pertinentes estatísticos descritivos: a frecuencia absoluta e as porcentaxes para as variables cualitativas e a media e a desviación estándar (DE) para as variables cuantitativas.
- Posteriormente, para determinar posibles asociacións entre variables realizáronse varias *análises comparativas* tendo en conta:

-variables de especial interese como o *fallo xudicial*

-variables tradicionalmente asociadas as vítimas ou aos agresores, como a *nacionalidade* ou a *adicción ou consumo* no momento dos feitos.

-os *comportamentos da muller durante o procedemento xudicial*, para analizar a influencia das características sociodemográficas ou do contexto violento. Tamén interesou analizar se o comportamento da muller ten repercusión no procedemento.

A comparativa realizouse cunha selección das principais variables. Non se tiveron en conta aquelas que describen características moi específicas ou aquelas nas que faltan demasiados datos (*Figura 3.3*).

Características da muller	Características do presunto agresor	Características da relación de parella
-Idade -Estado civil -Domicilio -País de orixe -Traballo remunerado -Nivel educativo -Nivel socioeconómico -Número de fillos -Tipo de adicción	-Idade -Estado civil -Domicilio -País de orixe -Traballo remunerado -Nivel educativo -Nivel socioeconómico -Tipo de adicción	-Convivencia no momento da agresión -Convivencia con outras persoas: -Propiedade da vivenda -Tipo de vivenda -Anos de convivencia
Características da violencia	Circunstancias da violencia	Características das lesións físicas
-Violencia física -Violencia psíquica -Mecanismos de abuso físico: -Mecanismos de abuso psicolóxico: -Anos de duración do maltrato -Número de mecanismos lesivos	-Lugar dos feitos: -Presenza de terceiras persoas -Presenza de menores -Consumo por parte de algún dos implicados -Consumo por parte do presunto agresor	-Existencia de lesión física -Tipo de lesión -Localización das lesións -Número de lesións
Características da asistencia sanitaria	Existencia de documentos adxuntos aos expedientes	Características xudiciais
-Necesidade de asistencia -Lugar da asistencia -Día da asistencia -Momento da asistencia -Tipo de tratamento recibido	-Parte de lesións -Informe médico de primeira asistencia -Informe pericial -Outros informes da vítima -Informes do agresor -Informes de terceiras persoas	-Forma de iniciación do proceso -Clasificación xurídica dos feitos -Comportamentos da muller durante o procedemento -Medios de proba -Fallo xudicial

Figura 3.3. Variables elixidas para o estudo comparativo

Para realizar o *análise comparativo* utilizouse o test de Wilcoxon e test de ANOVA non paramétrico no caso de variables cuantitativas e o contraste Chi-Cuadrado para as variables cualitativas. O nivel de significación asumido en todos os contrastes foi de $p < 0,05$.

• Finalmente, utilizouse o método das árbores de clasificación co fin de establecer *tipoloxías*. Nalgúns casos, debido as múltiples categorías existentes nalgúns variables, decidiuse agrupalas, como xa se

explicou na descrición das variables. Ademais, seleccionáronse as variables mais importantes, eliminando aquelas cun gran o número valores perdidos xa que o neste análise o programa tan so ten en conta os casos con datos en tódalas variables. Así, para a realización das árbores tivéronse en conta os seguintes grupos de variables, así como as seguintes variables resposta:

-Tipos de mulleres. O grupo de variables incluídas foron idade, estado civil, profesión, fillos, lugar de residencia, pais de orixe e nivel socioeconómico. Tívoise en conta como variables de interese ou variable resposta o fallo xudicial e os diferentes comportamentos da muller durante o procedemento xudicial.

-Tipos de homes. As variables incluídas foron idade, estado civil, profesión, lugar de residencia, pais de orixe, nivel socioeconómico, antecedentes penais e antecedentes policiais. Intentáronse definir tipoloxías segundo o fallo xudicial e o tipo de agresión sufrida pola muller (física ou psíquica).

-Tipos de relación de parella. Incluíronse as seguintes variables: duración da convivencia, convivencia con outras persoas, tipo e propiedade de vivenda. A variable resposta foi o fallo xudicial.

-Tipos de maltrato. Segundo as variables: duración do maltrato, tipo de agresión, mecanismos de agresión física e psicolóxica, número de mecanismos lesivos, lugar do maltrato e consumo de sustancias no momento dos feitos. Intentouse definir tipos de violencia tendo en conta o fallo xudicial, a convivencia da parella, os anos de duración e se esta tivo como resultado unha lesión física ou non.

-Tipos de lesións. Tivéronse en conta as seguintes variables: tipo de dano (físico, psicolóxico ou ambos), natureza e localización da lesión, número de lesións físicas, tipo de tratamento requirido, días de curación, días de baixa e secuelas. Utilizáronse como variables resposta o fallo xudicial, os comportamentos procesuais da muller e a necesidade de tratamento.

-Tipos de abordaxe medicolegal. O grupo de variables incluídas foron: lugar e momento da asistencia, día da semana, tratamento e presenza de parte de lesións, informe de primeira asistencia ou informe xudicial. Tívoise en conta como variable resposta o fallo xudicial.

-Tipos de rol da muller no xuízo. Incluíronse as variables referidas aos diferentes comportamentos procesuais da vítima e a existencia ou non de apoio durante o proceso (a familia ou terceiros declaran ou testifican no xuízo). Fixouse como variable resposta o fallo xudicial.

O estudo estatístico, tanto descritivo como comparativo, realizouse co programa R²⁰⁴. Os árbores de clasificación realizáronse con un paquete específico deste programa²⁰⁵.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo levouse a cabo conforme o seguinte marco legal:

- Os principios fundamentais da Declaración de Helsinki do ano 1964, recentemente emendada pola 64ª Asemblea Xeneral, Fortaleza, Brasil (2013).
- Convenio do Consello de Europa relativo aos Dereitos Humanos e a Biomedicina (1997).
- A Lei 14/2007, do 3 de xullo, de Investigación Biomédica.
- A Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal (LOPD).

A súa realización foi posible grazas a un convenio asinado entre a Universidade de Santiago de Compostela (USC) e a Fiscalía da Comunidade Autónoma de Galicia, para a prestación de servizos de investigación en materia de violencia de xénero (***ver anexo II, apartado 8.2***). Na terceira cláusula deste convenio regulase o acceso e tratamento aos datos de carácter persoal. En todo momento, os datos tratáronse conforme as instrucións da Fiscalía e non se utilizarán ou comunicarán con un fin distinto ao que figura no convenio. En ningún caso se sacaron os expedientes fora das instalacións da Fiscalía e toda a información se considerou de carácter reservado, evitando condutas ou actitudes que permitan a súa revelación ou o coñecemento por terceiros non autorizados.

Entre as medidas de índole técnica e organizativas postuladas entre a USC e a Fiscalía para a prestación de datos de carácter persoal, destacan as seguintes:

- *"A USC adoptará as medidas de seguridade que lle correspondan segundo o Real Decreto 1720/2007, de 21 de*

decembro, polo que se aproba o Regulamento de desenvolvemento da LOPD.

- *A USC comprométese explicitamente a formar e informar a todos os integrantes do equipo investigados nas obrigacións que de tales normas dimanaran.*
- *A USC gardará secreto profesional sobre todas as informacións, documentos e asuntos aos que teña acceso ou dos que teña en coñecemento durante a vixencia do convenio estando obrigados a non facer público cantos datos coñeza como consecuencia ou con ocasión da execución, tamén despois de finalizar o período de vixencia do convenio.*
- *A USC deberá comunicarlle á Fiscalía o nome da persoa ou das persoas que serán directamente responsables da posta en práctica e da inspección das medidas de seguridade, indicando o seu perfil profesional.*
- *Se a USC achega equipos informáticos, unha vez finalizada as tarefas, previamente á retirada dos mesmos, deberá borrar toda a información utilizada ou que se derive da execución do convenio, mediante o procedemento técnico adecuado.*
- *Unha vez disociados os datos persoais, a USC poderá utilizar o resultado da investigación para fins docentes e de investigación e realizar cantas publicacións estime convenientes a ditos fins. Nas publicacións que se realicen a USC fará mención á Fiscalía.*
- *A USC comprométese a non dar información e datos proporcionados pola Fiscalía para calquera outro uso non previsto no convenio.*

- *Todos os resultados da investigación serán propiedade da Fiscalía e a USC faralle entrega dos mesmos, baixo a forma de informe escrito.."*

En todo o momento se seguiron as normas ditadas pola fiscalía. A máxima preocupación do equipo de investigación foi sempre protexer a confidencialidade dos datos e a intimidade das persoas implicadas. Así, a información foi tratada sempre como información dissociada, impedindo a identificación dos implicados e co compromiso de confidencialidade pertinente de todos os membros do equipo investigador.

3.6. CONFLITO DE INTERESES

Non existe ningún conflito de intereses que afecte ao desenvolvemento de esta investigación.



4.

Resultados



4. RESULTADOS

Incluíronse no estudo 580 expedientes xudiciais que se resolveron no período 2005-2012 (8 anos), cunha media de 72,5 casos por ano (DE= 20,84). No período avaliado produciuse un aumento do número de casos anuais, observándose un pico no ano 2011. Mais do 60% resolvéronse entre os anos 2008 e 2011. No ano 2012 observouse un descenso, con case a metade de casos que no ano anterior (*Táboa 4.1*).

Táboa 4.1. Número de casos por ano

	N (n=580)	%
2005	50	8,62%
2006	60	10,34%
2007	54	9,31%
2008	83	14,31%
2008	82	14,14%
2010	94	16,21%
2011	104	17,93%
2012	53	9,14%
Media (mín-máx, DE)	72,5(50-104, 20,84)	

4.1. ANÁLISE DESCRITIVO

Nos seguintes apartados describiranse as características da mostra así como os resultados das diversas escalas e baremos aplicados.

4.1.1. Características sociodemográficas

Nun primeiro lugar describíranse as características da muller, do presunto agresor e da relación de parella, así como do contexto familiar.

4.1.1.1. Características da muller

Na **Táboa 4.2** recóllense as características sociodemográficas. O rango de **idade** estaba comprendido entre 15 e 82 anos, cunha media de 36,29 (DE=11,93). Máis da metade das mulleres (62,07%) tiñan entre 21 e 40 anos. O grupo de idade con menor representación corresponde ás maiores de 65 anos. En canto ao **estado civil**, predominaron as mulleres casadas (38,62%), con porcentaxes similares de solteiras (34,83%). Un 15% estaban separadas ou divorciadas e un 2,59% eran parella de feito. No tocante a **nacionalidade**, o 82,07% eran españolas e un 16,73% estranxeiras, procedentes sobre todo de países sudamericanos.

En canto ao **nivel de estudos**, aínda que carecíamos desta información nun importante número de casos, púidose constatar en 76 mulleres, encontrándose porcentaxes moi similares nos tres niveles educativos. O análise da **situación laboral** amosa que o 33,45% contaba cun emprego remunerado. A maioría de elas (n=160; 27,59% do total) dedicábase a tarefas que non requiren titulación. Un 5,86% (n=34) levaba a cabo actividades que si requiren cualificación. O 23,45% das mulleres estaban en situación de desemprego ou baixa laboral, e o 5,52% eran amas de casa. O 51,2% das mulleres

Táboa 4.2. Características da muller

	N (n=580)	%
Estado civil		
Solteira	202	34,83%
Casada	224	38,62%
Separada	47	8,10%
Divorciada	40	6,90%
Parella de feito	15	2,59%
Viúva	6	1,03%
Descoñecido	46	7,93%
País de orixe		
España	476	82,07%
Países europeos	19	3,28%
Outros	78	13,45%
Descoñecido	7	1,21%
Nivel de estudos		
Alto	21	3,62%
Medio	25	4,31%
Baixo	26	4,48%
Descoñecido	508	87,59%
Situación laboral		
Empregada	194	33,45%
Desempregada/baixa laboral	136	23,45%
Ama de casa	32	5,52%
Pensionista /xubilada	30	5,17%
Estudante	22	3,79%
Descoñecido	166	28,62%
Nivel socioeconómico		
Alto	15	2,59%
Medio	40	6,90%
Baixo	297	51,21%
Descoñecido	228	39,31%
Lugar de residencia		
Urbano	324	55,86%
Semiurbano	69	11,90%
Rural	181	31,21%
Descoñecido	6	1,03%
Grupos de idade		
15-20	34	5,86%
21-30	153	26,38%
31-40	207	35,69%
41-50	107	18,45%
51-64	53	9,14%
≥65	14	2,41%
Descoñecido	12	2,07%
Idade: Media (mín-máx, DE)	36,29(15-82, 11,93)	

pertencían a un *nivel socioeconómico* baixo. Un 2,59% tiñan ingresos superiores as 1500 euros. En canto ao *lugar de residencia*, mais da metade das mulleres vivían en poboación urbana e un 31,21% no medio rural.

As características relacionadas coa descendencia e paternidade recóllense na **Táboa 4.3**. A maioría das mulleres tiñan *fillos* (71,72%).

Táboa 4.3. Número fillos total e segundo a paternidade

	N (n=580)	%
A muller ten fillos		
Si	416	71,72%
Non	117	20,17%
Descoñecido	47	8,10%
Número de fillos total		
0	117	20,17%
1	177	30,52%
2	150	25,86%
3	59	10,17%
4 ou máis	30	5,17%
Descoñecido	47	8,10%
Media (mín-máx, DE)	1,48 (1-8, 1,21)	
Fillos co agresor		
0	192	33,10%
1	159	27,41%
2	112	19,31%
3	46	7,93%
4 ou máis	24	4,14%
Descoñecido	47	8,10%
Media (mín-máx, DE)	1,18 (1-8, 1,22)	
Fillos con outra parella		
0	420	72,41%
1	73	12,59%
2	32	5,52%
3	6	1,03%
4 ou máis	2	0,34%
Descoñecido	47	8,10%
Media (mín-máx, DE)	0,31 (1-4, 0,67)	

A media de fillos por muller foi de 1,48, cun número máximo de 8 fillos. O 30,52% tiñan 1 fillo. Mais da metade das mulleres (52,24%,

n=303) tiñan fillos en común co agresor, o 12,93% (n=75) con outro compañeiro sentimental e o 6,55% (n=38) con ambos. En canto ao número de fillos segundo a paternidade, a media de fillos co agresor foi de 1,18, e con outra parella de 0,31. Co agresor frecuentemente tiña entre 1 e 2 fillos, aínda que nalgún caso chegou a ter 8 fillos. O número máximo de fillos con outra parella foi 4. Constatouse que 12 das mulleres estaban *embarazadas* no momento da agresión o que supón un 2,07% do total.

Os datos de *consumo/abuso* a algún tipo de sustancia de maneira habitual afectan a case o 15% (n=83) das mulleres, con porcentaxes parecidas de alcohol ou estupefacientes (*Táboa 4.4*).

Táboa 4.4. Abuso de sustancias por parte da muller

	N	%
Tipo de abuso (n=580)		
Alcohol	31	5,34%
Estupefacientes	36	6,21%
Non se especifica sustancia	5	0,86%
Alcohol e estupefacientes	11	1,90%
Descoñecido	497	85,69%
Probas que confirman o abuso (n=83)		
Declaracións testificais	60	72,29%
Sentenza	2	2,41%
Informes	14	16,87%
Tratamento de deshabitación	7	8,43%
Declaracións testificais que confirman o abuso (n=60)		
Muller	14	23,33%
Presunto agresor	37	61,67%
Familiares	3	5,00%
Policía	1	1,67%
Outras persoas	5	8,33%
Informes que confirman o abuso (n=14)		
Informe médico forense	6	42,86%
Informe psiquiátrico	2	14,29%
Informe médico	4	28,57%
Outros	2	14,29%

11 mulleres consumían ambas sustancias. Na maioría dos casos (72,29%), este dato foi extraído da declaración das diferentes testemuñas do maltrato, principalmente do presunto agresor ou da propia muller. Nun 16,87% dos casos o consumo foi confirmado documentalmente por medio de diversos informes, principalmente médico-forenses. Nun 8,43% dos casos constaba que a muller estaba a tratamento de deshabitación. En 2,41% dos casos o consumo/abuso foi confirmado pola sentenza xudicial.

En canto ao *estado de saúde* (Figura 4.1), a porcentaxe de mulleres cunha patoloxía médica foi do 11,21% e psicolóxica no 23,62% dos casos.

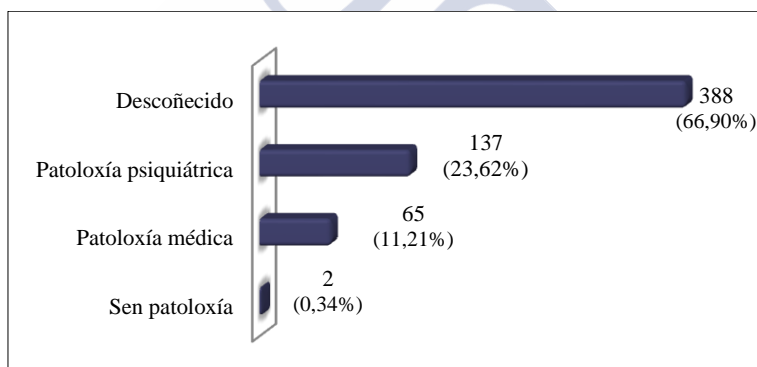


Figura 4.1. Estado de saúde da muller.

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

4.1.1.2. Características do presunto agresor

Na *Táboa 4.5* móstranse as características sociodemográficas. O rango de *idade* dos homes estendeuse desde os 18 ate os 82, cunha media de 39,19 anos (DE=12,04). Case o 80% da mostra tiña entre 21 e 50 anos. En canto ao *estado civil*, o 39,48% estaban casados e o 33,28% solteiros. Outros estados civís estaban menos representados.

Polo que se refire ao *país de orixe*, a maioría eran españois. Un 13,97% eran estranxeiros.

Non se dispuxo de información relativa ao *nivel de estudos* do presunto agresor nun 86% dos casos. Atopáronse porcentaxes moi similares nos niveis de estudos alto e medio, cunha porcentaxe superior no nivel educativo baixo (6,72%). En canto a *situación laboral*, nun 41,55% dos casos o home realizaba traballo remunerado, que consistía sobre todo en actividades que non requiren titulación (36,38%, n=211). Cerca do 25% estaban en situación de desemprego ou baixa laboral e un 8,97% eran pensionistas ou estaban xubilados. O *nivel socioeconómico* era baixo no 37,59% dos casos. O *lugar de residencia* situábase con máis frecuencia nun entorno urbano (53,62%), mentres que o 32,76% residía no medio rural.

Constatouse *consumo ou abuso de sustancias* no 55,34% (n=321) dos presuntos agresores, e en 11 deles (1,90%) adicción ao xogo. Tal e como se mostra na *Táboa 4.6* a principal sustancia consumida foi o alcohol, seguido do policonsumo. O consumo foi confirmado principalmente polas declaracións dos testemuños, sobre todo da muller. Nun 19,31% dos casos foi constatado documentalmente, sobre todo por informes médico-forenses ou psiquiátricos. Menor porcentaxe de casos foron confirmados pola sentenza xudicial ou por estar a tratamento de deshabitación.

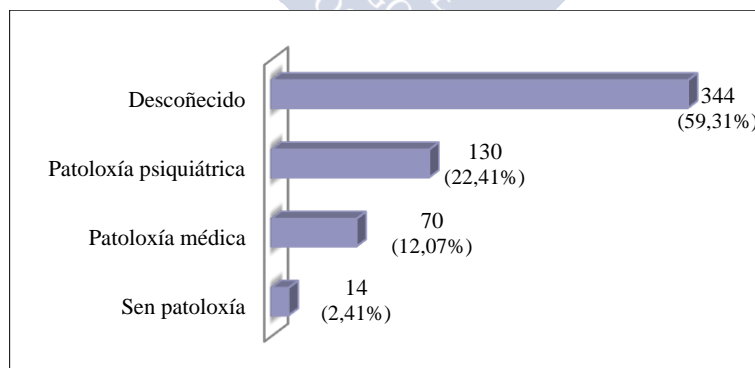
Reflectíronse datos sobre o *estado de saúde* do presunto agresor en pouco mais do 40% dos expedientes. Constatouse que o 22,41% tiñan algunha patoloxía psiquiátrica e un 12%, algunha patoloxía de natureza médica. Nun 2,41% dos casos describíase sen patoloxías (*Figura 4.2*).

Táboa 4.5. Características do presunto agresor.

	N (n=580)	%
Estado civil		
Solteiro	193	33,28%
Casado	229	39,48%
Separado	54	9,31%
Divorciado	37	6,38%
Parella de feito	15	2,59%
Viúvo	2	0,34%
Descoñecido	50	8,62%
País de orixe		
España	488	84,14%
Países europeos	25	4,31%
Outros	56	9,66%
Descoñecido	11	1,90%
Nível de estudos		
Alto	22	3,79%
Medio	20	3,45%
Baixo	39	6,72%
Descoñecido	499	86,03%
Situación laboral		
Empregado	241	41,55%
Desempregado/baixa laboral	141	24,31%
Pensionista /xubilado	52	8,97%
Estudante	9	1,55%
Descoñecido	137	23,62%
Nível socioeconómico		
Alto	37	6,38%
Medio	104	17,93%
Baixo	218	37,59%
Descoñecido	221	38,10%
Lugar de residencia		
Urbano	311	53,62%
Semiurbano	68	11,72%
Rural	190	32,76%
Descoñecido	11	1,90%
Grupos de idade		
18-20	14	2,41%
21-30	126	21,72%
31-40	204	35,17%
41-50	124	21,38%
51-64	72	12,41%
≥65	21	3,62%
Descoñecido	19	3,28%
Idade: Media (mín-máx, DE)	39,19 (18-82, 12,04)	

Táboa 4.6. Abuso de sustancias por parte do presunto agresor

	N	%
Tipo de abuso (n=580)		
Alcohol	184	31,72%
Estupefacientes	52	8,97%
Non se especifica sustancia	10	1,72%
Policonsumidores	75	12,93%
Descoñecido	259	44,66%
Probas que confirman o abuso (n=321)		
Declaracións testificais	230	71,65%
Sentenza	13	4,05%
Informes	62	19,31%
Tratamento de deshabitación	16	4,98%
Declaracións testificais que confirman o abuso (n=230)		
Vítima	139	60,43%
Agresor	37	16,09%
Ambos (vítima y agresor)	29	12,61%
Familiares	4	1,74%
Policía	3	1,30%
Varias persoas	13	5,65%
Outros	5	2,17%
Informes que confirman o abuso (n=62)		
Informe médico forense	28	45,16%
Informe psiquiátrico	19	30,65%
Informe médico	6	9,68%
Outros	3	4,84%
Varios informes	6	9,68%

**Figura 4.2 Estado de saúde do presunto agresor**

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

As *características de personalidade* do agresor móstranse na **Figura 4.3**. A metade dos homes eran considerados agresivos ou violentos, outros presentaban trazos autoritarios ou machistas e, en menor proporción, un carácter inestable ou desconfiado. No 13,97% dos casos (n=81), o agresor presentaba unha combinación de trazos autoritarios ou machistas e agresivos ou violentos.

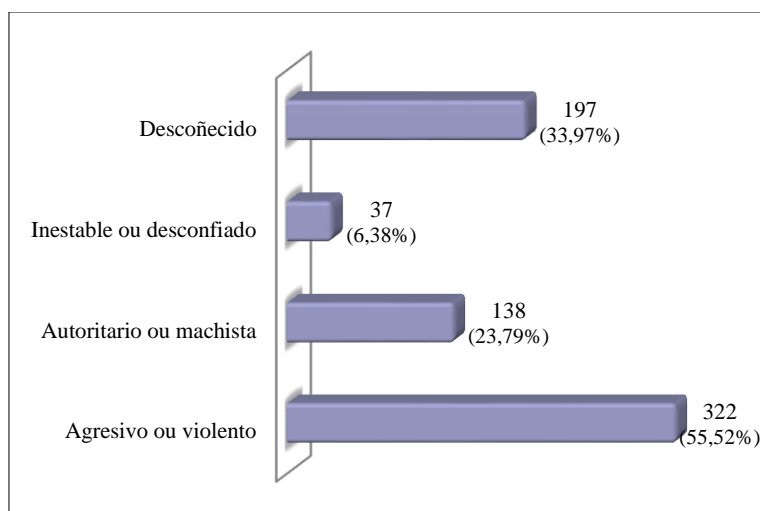


Figura 4.3. Características da personalidade do presunto agresor.

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

Tal e como se amosa na **Figura 4.4**, a metade dos agresores carecía de antecedentes, o 9,48% tiñan antecedentes penais por delitos de violencia de xénero e o 23,28%, por outros delitos. A porcentaxe de homes con antecedentes policiais foi do 35,17%.

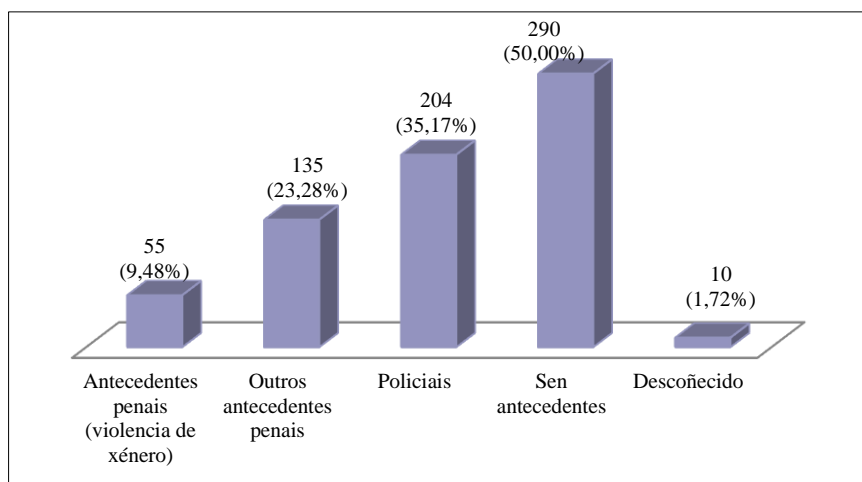


Figura 4.4. Antecedentes penais e policiais do presunto agresor.

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

4.1.1.3. Características da relación de parella e do contexto familiar

Na **Táboa 4.7** amósanse as características da relación de parella. No momento da agresión, mais da metade das mulleres convivía co presunto agresor. A media de anos de convivencia foi de 9,58 (DE=11,73), cun máximo de 61 anos.

Cando vivían xuntos, habitualmente era nun piso (56,06%). No 35,45% dos casos residían nunha casa unifamiliar e nun 5% noutro tipo de vivenda (baixos, pensións...). No 40% dos casos, a casa ou piso era propiedade da parella.

Habitualmente convivían cos fillos. Nun 15,76% dos casos compartían a vivenda con outros familiares e menos frecuentemente (5%) con persoas sen parentesco.

En canto ao tipo de relación de parella, no momento do feito denunciado, a maioría estaban casadas ou mantiñan unha relación formal co agresor. Mais do 20% eran ex parella e cerca dun 15% estaban separados ou en trámites de separación.

Táboa 4.7. Características da relación de parella

	N	%
Convivencia no momento da agresión (n=580)		
Si	330	56,90%
No	247	42,59%
Descoñecido	3	0,52%
Tipo de vivenda (n=330)		
Piso	185	56,06%
Casa	117	35,45%
Outros	18	5,45%
Descoñecido	10	3,03%
Domicilio compartido con (n=330)		
Viven solos	77	23,33%
Fillos	214	64,85%
Familiares	52	15,76%
Outras persoas	14	4,24%
Descoñecido	27	8,18%
Propiedade da vivenda (n=330)*		
Propiedade da parella	132	40,00%
Aluguer/outros	109	33,03%
Descoñecido	89	26,97%
Relación sentimental dos implicados no momento da agresión (n=580)*		
Parella formal/matrimonio	304	52,41%
Ex parella	138	23,79%
Divorciados	31	5,34%
En trámites de separación/divorcio	49	8,45%
Relación inestable	36	6,21%
Descoñecido	22	3,79%
Duración da convivencia: Media (mín-máx, DE)	9,58 (0,02-61, 11,73)	

*As categorías non son excluíntes (non suman o 100%).

4.1.2. Características da violencia

Mais do 80% das mulleres manifestaron un *maltrato continuado*, non podendo precisar o tempo de duración nun 22,59% dos casos (n=131). Nos casos en que se coñecía a duración da violencia, as mulleres foron maltratadas unha media de 6,53 anos, cun máximo de 50 anos. Un 8,28% das mulleres manifestaron *episodios de violencia illados*, frecuentemente 1 ou 2 episodios (83,33%) (*Táboa 4.8*).

Táboa 4.8. Duración da violencia

	N	%
Características da duración (n=580)		
Maltrato continuado	471	81,21%
Episodios illados	48	8,28%
Descoñecido	61	10,52%
Número de episodios illados (n=48)		
1	31	64,58%
2	9	18,75%
3	1	2,08%
4	1	2,08%
Descoñecido	6	12,50%
Anos de duración: Media (mín-máx, DE)	6,53 (0-50, 9,98)	

Nun 49,66% dos casos (n=288) o maltrato comezou con unha discusión que dou lugar a unha agresión física e/ou psicolóxica. Tal e como se mostra na *Figura 4.5*, o tipo de maltrato mais común foi o físico (70,86%, n=411), illado ou en combinación co abuso psicolóxico, sendo a combinación de ambos a forma de violencia máis frecuente. Nun 29,14% dos casos, a muller sufriu so abuso psicolóxico illado e nun 0,86% as mulleres denunciaron abuso sexual. Tamén puidemos constatar que en 387 casos (66,72%), as mulleres referiron sufrir agresións previas ao feito denunciado.

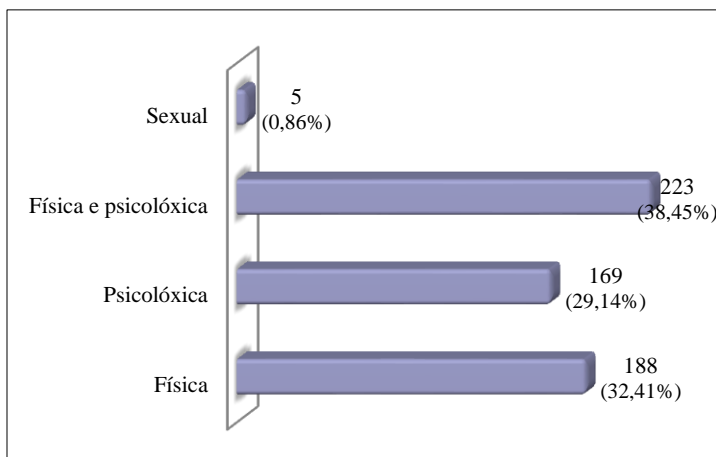


Figura 4.5. Tipo de violencia

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

Na **Táboa 4.9** amósanse o número e modalidade de mecanismos lesivos. O mais frecuente foi a combinación de varios mecanismos de abuso, presentes en 439 casos (76,59%). O número máximo foi 10 e a media de mecanismos lesivos por muller 2,81 (DE= 1,71).

Os **mecanismos de abuso físico** mais comúns consistiron en empuxar ou agarrar á muller (70,5%), seguidos de labazadas ou intentos de estrangulación. Case 1 de cada 4 recibiron patadas ou puñadas. Outros mecanismos foron empregados con menor frecuencia. En 86 casos (15%), non se especificou o mecanismo concreto, so que a muller recibiu golpes, agresións ou malleiras por parte de seu compañeiro sentimental.

En canto aos **mecanismos de abuso psicolóxico**, o mais frecuente foi ameazar (40,52%), seguido de insultar e humillar. Nun 11,55% dos casos, o agresor empregou a destrución de obxectos coa

finalidade de menoscabar psicoloxicamente a muller e nunha moi similar utilizou algún instrumento para ameazala.

En 49 casos (8,45%), o presunto agresor atentou contra outras persoas distintas á muller.

Táboa 4.9. Características dos mecanismos lesivos

	N (n=580)	%
Número de mecanismos lesivos		
1	141	24,31%
2	158	27,24%
3	125	21,55%
4-5	105	18,10%
6-7	41	7,07%
≥8	10	1,72%
Media (mín-máx, DE)	2,82 (1-10, 1,72)	
Mecanismos de agresión física *		
Empurrar	248	42,76%
Agarrar	161	27,76%
Golpear ca man aberta (labazadas)	100	17,24%
Intentos de estrangulación	91	15,69%
Golpear/agredir/mallar	86	14,83%
Dar patadas	60	10,34%
Golpear ca man pechada (puñada)	78	13,45%
Uso de instrumentos	29	5,00%
Rabuñar	10	1,72%
Dentadas	10	1,72%
Golpear a cabeza contra algo	10	1,72%
Outros	19	3,28%
Mecanismos de agresión psicolóxica*		
Ameazar sen armas/instrumentos	235	40,52%
Insultar e humillar	211	36,38%
Asexar/espíar/ acosar,	72	12,41%
Destrucción de obxectos/danos materiais	67	11,55%
Ameazar con armas/ instrumento	64	11,03%
Actitude controladora	20	3,45%
Outros	48	8,28%

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

4.1.3. Circunstancias da violencia

En canto ao *lugar da agresión* (Táboa 4.10), no 65,55% dos casos o maltrato tivo lugar nun domicilio particular, principalmente no domicilio familiar. Un 30,86% producíronse nun lugar público, fundamentalmente na vía pública.

Táboa 4.10. Lugar onde se produciu a agresión.

	N	%
Tipo de domicilio (n=380)		
Domicilio familiar	256	67,37%
Domicilio da muller	40	10,53%
Domicilio do presunto agresor	17	4,47%
Domicilio de outros familiares	13	3,42%
Sen especificar tipo	54	14,21%
Tipo de lugar público (n=179)*		
Vía pública	115	64,25%
Lugar de traballo	23	12,85%
Vehículo	16	8,94%
Local de ocio	30	16,76%
Outros establecementos	7	2,51%

*As categorías non son excluíntes (non suman n=179 nin 100%).

Na *Figura 4.6* amósase a presenza ou non de *testemuñas* no momento da agresión. Constatouse que nun 61,03% dos casos, os feitos estiveron presenciados por terceiros e no 15,59% tratábase de menores de idade.

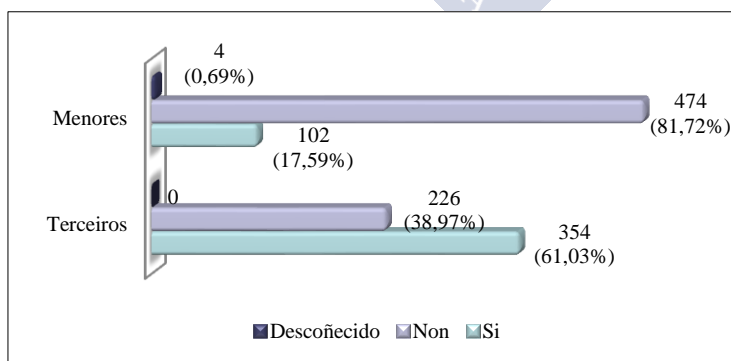


Figura 4.6. Casos presenciados por testemuñas

Estudamos tamén si algún dos implicados (muller, presunto agresor ou ambos) estaba baixo os efectos do *alcohol ou doutras sustancias no momento da agresión* o que puidemos constatar no 42,51% dos casos (n=246).

Na **Táboa 4.11** descríbense as características do consumo. Puidemos comprobar que 66 mulleres consumiran algún tipo de sustancia no momento dos feitos, principalmente alcohol. Un 1,32% delas consumiran mais de dúas sustancias. No 89,39% este consumo estivo avalado polas declaración no xuízo das diferentes testemuñas, e 7,58% dos casos pola sentenza xudicial.

Táboa 4.11. Consumo de sustancias no momento da agresión

	Muller		Presunto agresor	
	N	%	N	%
Tipo de consumo	(n=580)		(n=580)	
Alcohol	52	8,97%	195	33,62%
Estupefacientes	6	1,03%	14	2,41%
Policonsumo	8	1,38%	26	4,48%
Descoñecido	514	88,62%	345	59,48%
Probos que confirman o consumo	(n=66)		(n=235)	
Declaracións testificais	59	89,39%	185	78,72%
Sentenza	5	7,58%	39	16,60%
Informe	2	3,03%	11	4,68%
Declaracións testificais que confirman o consumo	(n=66)		(n=185)	
Muller	16	27,12%	80	43,24%
Presunto agresor	25	42,37%	53	28,65%
Ambos (muller e presunto agresor)	11	18,64%	25	13,51%
Familiares	2	3,39%	4	2,16%
Policía	4	6,78%	12	6,49%
Varias persoas	1	1,69%	7	3,78%
Outros	0	0%	4	2,16%
Informes que confirman o consumo	(n=2)		(n=11)	
Informe médico forense	0	0%	2	18,18%
Informe psiquiátrico	0	0%	1	9,09%
Informe sanitario	2	100%	8	72,73%

O consumo por parte do agresor no momento dos feitos foi máis frecuente (44,65% dos casos), sendo o alcohol a principal sustancia

consumida. As principais probas aportadas no xuízo foron as declaracións das testemuñas (78,72%). Só en 11 casos constaban nos expedientes informes que confirmaran o consumo, tratándose fundamentalmente de informes médicos realizados nos servizos de urxencias que atenderon ao agresor o día dos feitos.

4.1.4. Consecuencias da violencia

Como consecuencia da violencia denunciada (*Figura 4.7*), un 51,21% das mulleres (n=297) presentaron algún tipo de dano físico ou psicológico. A metade presentou algún tipo de evidencia física do trauma, un 10,86% afectación psicolóxica (cadros de ansiedade, nerviosismo...), e un 8,79% manifestacións físicas e psicolóxicas.

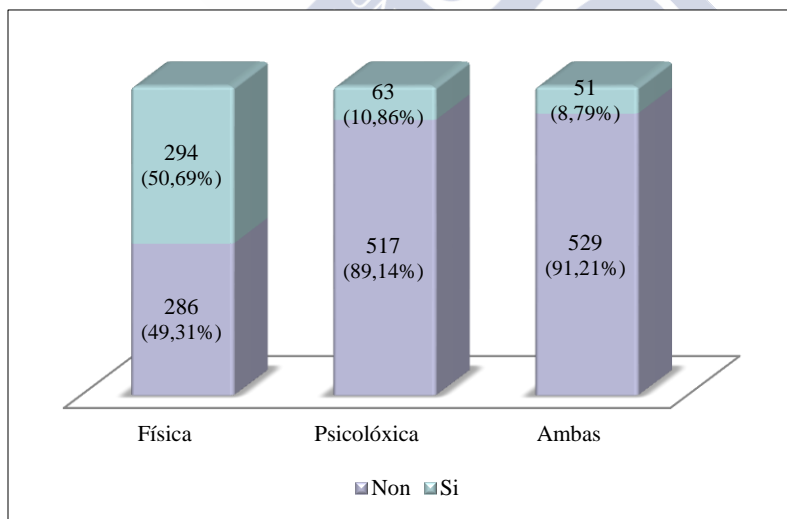


Figura 4.7. Consecuencias da agresión

4.1.4.1. Características das lesións físicas

Na **Táboa 4.12** recóllense as características das lesións físicas que presentaron 294 mulleres. Frecuentemente presentaban 1 ou 2 lesións, cunha media por muller de 1,493 (DE: 2,21), chegando a encontrar casos con 15 lesións.

Táboa 4.12. Características das lesións físicas

	N (n=294)	%
Tipo de lesións*		
Contusión/hematoma/equimose	231	78,57%
Escoriación	103	35,03%
Eritema	90	30,61%
Ferida	39	13,27%
Outras lesiones mais graves	37	12,59%
Localización das lesións*		
Cabeza	60	20,41%
Cara	141	47,96%
Pescozo	86	29,25%
Tronco	96	32,65%
Membro superior	149	50,68%
Membro inferior	76	25,85%
Número de lesións		
1	86	29,25%
2	70	23,81%
3	52	17,69%
4	29	9,86%
5	23	7,82%
6	16	5,44%
7	8	2,72%
≥8	10	3,40%
Media (mín-máx, DE)	1,493 (1-15; 2,214)	

*As categorías non son excluíntes (non suman n=580 nin 100%).

En canto ao **tipo de lesión**, xeralmente tratáronse de lesións superficiais menores en forma de hematomas /contusións/ equimoses, presentes en 231 casos e, con menor frecuencia escoriacións ou eritemas e edemas. Pouco mais do 6% presentaron feridas e unha porcentaxe parecida lesións mais graves (fracturas ou fisuras óseas,

perforacións timpánicas). As lesións localizáronse principalmente nos membros superiores e na cara.

As consecuencias das lesións no que se refire a necesidade de hospitalización, baixa laboral, días de curación ou secuelas puideron ser analizadas no 45,69% dos casos (n=265). Ningunha muller precisou ser hospitalizada trala agresión. O tempo medio de curación das lesións foi de 7,8 días (DE: 13,367). No 93,58% dos casos o tempo de curación foi menor a un mes. A media de días de baixa foi de 2,14 (DE: 12,864). Case o 65% estivo de baixa menos dunha semana, sendo o mais común que durara 1 día (120 casos) (*Táboa 4.13*)

Táboa 4.13. Días de curación e de baixa

	Días de curación		Días de baixa	
	N	%	n	%
Número de días (n=265)				
0	15	5,66%	86	32,45%
1-7	142	53,58%	171	64,53%
8-15	94	35,47%	5	1,89%
16-30	12	4,53%	2	0,75%
31-45	0	0,00%	0	0,00%
46-60	1	0,38%	0	0,00%
>60	1	0,38%	1	0,38%
Media (mín-máx, DE)	7,81(1-206, 13,37)		2,14 (1-206, 12,86)	

Un 39% das mulleres recuperáronse sen secuelas. O 11,21% presentaron secuelas, fundamentalmente psíquicas. Un 2,76% presentaron secuelas físicas, a maioría en formas de cicatrices. (*Figura 4.8*).

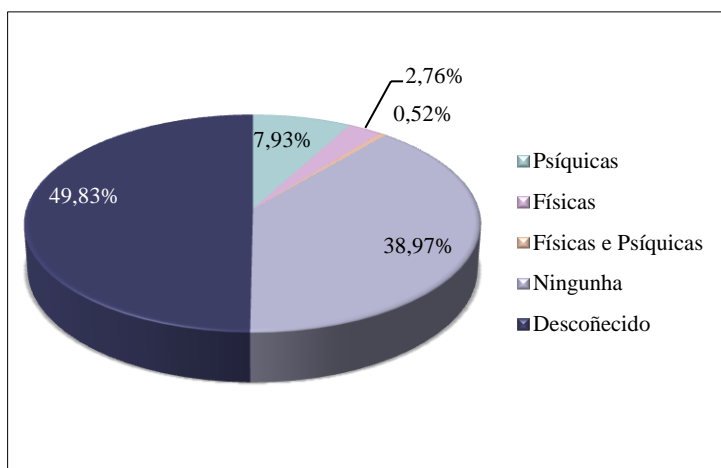


Figura 4.8. Secuelas

4.1.4.2. Aplicación das escalas de valoración do trauma

Como consecuencia da violencia presentaron lesións físicas 294 mulleres. Contabilizáronse un total de 860 lesións, que se valoraron mediante as escalas AIS, MAIS, ISS e NISS.

Nun primeiro lugar, codificáronse tendo en conta a escala AIS. Ademais de ter en conta o código de gravidade (código post-punto), tamén se lle asignou a cada lesión o código pre-punto de 6 díxitos que permite describir brevemente a lesión. Así, na **Táboa 4.14** amósase a frecuencia dos diferentes tipos de lesións e localización das mesmas segundo a escala AIS. A lesión mais común foi a contusión/hematoma nun membro superior, na cara ou nun membro inferior (10,23%). Atopamos aproximadamente unha decena de fracturas, sendo a mais comúns a fractura de nariz (n=5).

Táboa 4.14. Descrición das lesións segundo o código AIS.

Código AIS	Descrición da lesión	N (n=860)	%
710402.1	Contusión/hematoma nun membro superior	194	22,56%
210402.1	Contusión/hematoma na cara	127	14,77%
810402.1	Contusión/hematoma nun membro inferior	88	10,23%
710202.1	Erosión nun membro superior	65	7,56%
410402.1	Contusión/hematoma no tórax	50	5,81%
210202.1	Erosión na cara	42	4,88%
110402.1	Contusión/hematoma no coiro cabeludo	39	4,53%
310202.1	Erosión no pescozo	39	4,53%
310402.1	Contusión/hematoma no pescozo	29	3,37%
310099.1	Lesiones cervicais (contractura)	23	2,67%
810202.1	Erosión nun membro inferior	20	2,33%
410202.1	Erosión no tórax	18	2,09%
510402.1	Contusión/hematoma no abdome	14	1,63%
210600.1	Laceración na cara (sen especificar o tamaño)	11	1,28%
210602.1	Laceración menor e superficial na cara	7	0,81%
251004.1	Epistaxe (sen rotura de nariz)	6	0,70%
251000.1	Fractura cerrada de nariz	5	0,58%
110202.1	Erosión no coiro cabeludo	4	0,47%
210099.1	Lesión na pel da cara	4	0,47%
450289.1	Contusión na caixa torácica	4	0,47%
910400.1	Contusión/hematoma na pel (sen especificar a zona)	4	0,47%
110600.1	Laceración no coiro cabeludo	3	0,35%
161001.1	Conmoción cerebral leve, sen perda de consciencia	3	0,35%
240416.1	Lesión na conxuntiva do ollo	3	0,35%
510099.1	Lesión na pel do abdome	3	0,35%
510202.1	Erosión no abdome	3	0,35%
710099.1	Lesión na pel dun membro superior	3	0,35%
710600.1	Laceración nun membro superior (sen especificar tamaño)	3	0,35%
772410.1	Escordadura do pulso	3	0,35%
110099.1	Lesión na cabeza (sen especificar máis) (croque)	2	0,23%
161002.2	Conmoción cerebral con breve perda de consciencia	2	0,23%
240216.1	Ruptura da membrana timpánica do oído	2	0,23%
251099.1	Lesión no nariz (sen especificar)	2	0,23%
410099.1	Lesión pel do tórax	2	0,23%
710602.1	Laceración menor e superficial nun membro superior	2	0,23%
650200.2	Hernia de disco	2	0,23%
912002.1	Queimadura de primeiro grao e superficial	2	0,23%
110602.1	Laceración menor e superficial do coiro cabeludo	1	0,12%
110800.1	Avulsión no coiro cabeludo	1	0,12%
161004.1	Conmoción cerebral con perda de consciencia < 30 minutos	1	0,12%
240204.1	Lesión no conduto auditivo	1	0,12%
240299.1	Lesión no oído (sen especificar)	1	0,12%
240602.1	Abrasión na córnea	1	0,12%

Táboa 4.14. Descrición das lesións segundo o código AIS (*continuación*)

Código AIS	Descrición da lesión	N (n=860)	%
243099.1	Lesión na boca	1	0,12%
243202.1	Contusión nas enxivas	1	0,12%
251002.2	Fractura aberta/desprazada/conminuta de nariz	1	0,12%
251402.1	Dislocación/ subluxación dos dentes	1	0,12%
510600.1	Laceración no abdome	1	0,12%
712008.2	Síndrome compartimental na man sen perda muscular	1	0,12%
716022.1	Lesión penetrante parcial ou completa na man	1	0,12%
716030.1	Lesión penetrante nun dedo distinto ao polgar	1	0,12%
752621.1	Fractura da falanxe nun dedo distinto ao polgar	1	0,12%
753200.2	Fractura de cúbito	1	0,12%
771099.1	Lesión na articulación do ombro	1	0,12%
772560.1	Escordadura dunha falanxe da man distinta ao polgar	1	0,12%
772599.1	Lesión da articulación metacarpofalánxica o interfalánxica	1	0,12%
854331.2	Fractura de tibia distal	1	0,12%
854351.2	Fractura de tibia distal, extra articular, maléolo medial illado	1	0,12%
854372.3	Fractura de tibia distal aberta	1	0,12%
854453.2	Fractura de peroné, debaixo da articulación do nocello, so maléolo lateral	1	0,12%
877110.1	Escordadura de nocello	1	0,12%
910000.1	Lesión na pel (sen especificar zona)	1	0,12%
910200.1	Erosión na pel (sen especificar zona)	1	0,12%
912000.1	Queimadura (sen especificar máis)	1	0,12%

Na **Táboa 4.15** aparecen calculados os valores de cada escala. Ao analizar o valor do código de gravidade da AIS das 860 lesións, púidose comprobar que a media se sitúa nos 1,01 puntos, o que indica que as lesións foron de carácter leve. Constatamos 9 lesións de gravidade moderada e unha severa (unha fractura de tibia aberta).

Aplicouse a escala MAIS para valorar as lesións en conxunto de cada muller, que nos indica o código AIS mais grave. Comprobase que a media se sitúa próxima a 1 e o valor mais alto acadado foi 3. Non existen moitas diferenzas entre este valor e o AIS (cada lesión por separado), o que indica o seu carácter leve.

Aplicouse tamén a escala ISS, que reflicte a gravidade do estado xeral da muller tendo en conta as rexións anatómicas onde se localizan as lesións. A media de gravidade sitúase nos 1,27 puntos o que indica, ao igual que as outras escalas, unha gravidade leve. O máximo valor de ISS foi de 10 puntos, presente so nunha muller. Case o 86% das mulleres tiveron un valor ISS de 1 punto, o que revela que frecuentemente as mulleres presentaban só lesións leves nunha rexión anatómica.

Por último, calculamos o indicador NISS, que amosa a gravidade xeral do paciente, pero sen ter en conta a rexión anatómica. A media de esta variable é superior a do ISS, situándose nos 2,31 puntos. Case a metade das mulleres presentaron un valor NISS de 3. Ao contrario que nas anteriores escalas, no NISS o resultado de 1 punto non foi o maioritario, estivo presente en menos do 30% das mulleres, o que indica que só 84 mulleres presentaron unha única lesión de gravidade leve (1 punto).

Táboa 4.15. Cálculo das escalas AIS, MAIS, ISS e NISS

	MAIS (N=850)		MAIS(N=294)		ISS(N=294)		NISS(N=294)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	850	98,84%	284	96,60%	252	85,71%	84	28,57%
2	9	1,05%	9	3,06%	30	10,20%	67	22,79%
3	1	0,12%	1	0,34%	2	0,68%	133	45,24%
4	0	0%	0	0%	2	0,68%	2	0,68%
5	0	0%	0	0%	5	1,70%	2	0,68%
6	0	0%	0	0%	2	0,68%	5	1,70%
10	0	0%	0	0%	1	0,34%	0	0%
14	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,34%
Media (mín-máx, DE)	1,01(1-3, 0,12)		1,03 (1-3, 0,21)		1,27 (1-10, 0,84)		2,31(1-14, 1,22)	

Analizáronse as lesións tendo en conta as rexións corporais propostas pola escala ISS. A maioría (n=788) localizáronse na rexión corporal externa, e dicir, eran principalmente lesións cutáneas superficiais. Atopamos 33 lesións localizadas na cabeza ou pescozo (lesións cervicais, conmocións cerebrais...), 19 na cara (epistaxes, lesións na boca...), 4 no peito (contusións na caixa torácica) e 16 nas extremidades (fracturas de osos, lesións penetrantes nos dedos, escordaduras...) (**Figura 4.9**).

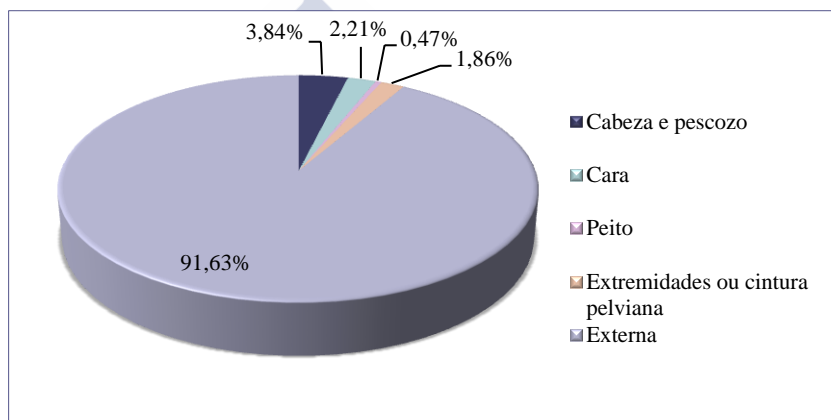


Figura 4.9. Localización das lesións segundo as rexións corporais ISS

Se analizamos as lesións da zona corporal externa case a metade se localizaban nas extremidades (n=376). Outras localizacións frecuentes foron a cara (n=197), a cabeza ou pescozo (n=116). En 9 lesións de natureza superficial (queimaduras, contusións, laceracións...) non se precisou a localización exacta (**Figura 4.10**).

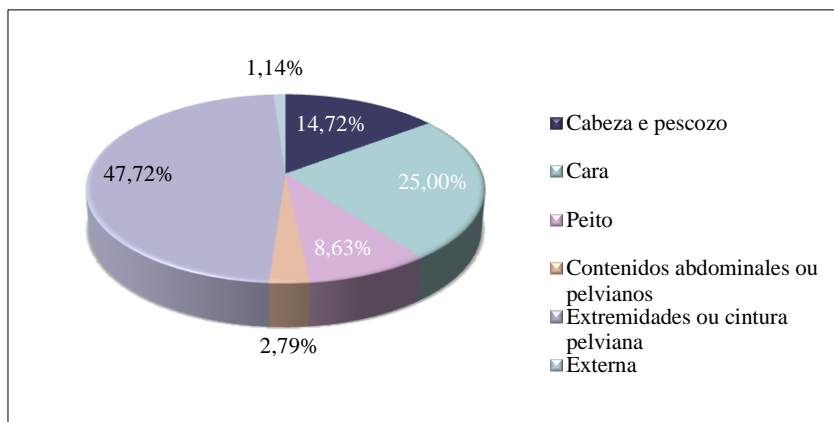


Figura 4.10. Localización das lesións da rexión corporal externa

4.1.5. Características da asistencia sanitaria

De todas as mulleres incluídas no estudo, 283 (48,79%) precisaron asistencia médica tralo episodio violento. As características da asistencia amósanse na **Táboa 4.16**.

A gran maioría das mulleres (89,75%; n= 254) foron atendidas nalgún servizo de urxencias, principalmente os servizos de urxencia dos centros de saúde (Punto de Atención Continuada; PAC). O 36,65% recibiron asistencia nas urxencias hospitalarias e 4,98% acudiron ao PAC e posteriormente foron derivadas ás urxencias hospitalarias. Das mulleres que foron atendidas en urxencias, tan só 16 precisaron ser derivadas a algún servizo de atención especializada: 7 a otorrinolaringoloxía, 5 a xinecoloxía e obstetricia, 3 a traumatoloxía e 1 a oftalmoloxía. O 7,42% das mulleres foron atendidas nun centro de saúde, sendo nalgúns casos derivadas a outros servizos: 2 foron derivadas ao Pontos de Atención Continuada (PAC), 1 directamente

ao hospital e outra nun primeiro momento foi derivada ao PAC e posteriormente ao hospital.

Táboa 4.16. Características da asistencia sanitaria

	N (n=283)	%
Lugar da asistencia *		
Centro de saúde	21	7,42%
Urxencias Hospitalarias	103	36,65%
Punto de Atención Continuada (PAC)	151	53,74%
PAC+Hospital	14	4,98%
Atención especializada	16	5,69%
Día da semana na que se prestou a asistencia		
Luns	33	11,66%
Martes	41	14,49%
Mércores	21	7,42%
Xoves	24	8,48%
Venres	31	10,95%
Sábado	53	18,73%
Domingo	52	18,37%
Descoñecido	28	9,89%
Momento da asistencia		
Mañá (08:00h-15:00h)	47	16,61%
Tarde (15:00h-22:00h)	81	28,62%
Noite (22:00h-08:00h)	107	37,81%
Descoñecido	48	16,96%
Acompañantes *		
Soa	10	3,53%
Agresor	4	1,41%
Familiares	23	8,13%
Policía/forzas de seguridade	57	20,14%
Cruz vermella/ 061	17	6,01%
Outros persoas	10	3,53%
Descoñecido	170	60,07%
Tipo de tratamento recibido		
Médico	158	55,83%
Cirúrxico	7	2,47%
Médico-Cirúrxico	4	1,41%
Non recibe tratamento	81	28,62%
Descoñecido	33	11,66%

*As categorías non son excluíntes (non suman n=283 nin 100%).

No 37,1% dos casos, as mulleres foron atendidas durante o fin de semana, aínda que un importante número precisaron asistencia a principios de semana (fundamentalmente luns e martes). A asistencia realizouse sobre todo pola noite (37,81%) e pola tarde (28,62%).

Púidose comprobar que o 36,40% (n=103) das mulleres que acudiron a un centro sanitario tras a agresión o fixeron acompañadas, principalmente por a policía ou outras forzas de seguridade ou por algún familiar. O 3,53% non tiñan acompañante.

En canto o tipo de tratamento, en mais da metade dos casos, as mulleres precisaron tratamento médico, sendo escaso a porcentaxe daquelas que precisaron tratamento cirúrxico ou médico cirúrxico. Case un terzo das mulleres que acudiron a un centro sanitario non precisaron tratamento.

4.1.6. Características das probas documentais

A continuación, analízanse as características dos documentos relacionados coa agresión denunciada incluídos nos expedientes.

4.1.6.1. Documentos sanitarios

Valoráronse os documentos emitidos polo equipo sanitario nos 283 casos nos que se prestou asistencia médica tralo episodio violento. Como se amosa na **Figura 4.11**, nos expedientes xudiciais faise mención a 368 documentos relacionados coa primeira asistencia sanitaria. A gran maioría estaban adxuntos aos expedientes xudiciais, pero 69 non constaban neles, é dicir facíase mención a eles, pero non aparecían de forma física. Dos documentos aos cales puidemos ter

acceso, 100 eran partes medicolegais e 199 informes de primeira asistencia. Destes, 24 e 19 respectivamente estaban incompletos ou a fotocopia estaba borrosa o que impediu realizar un bo análise. Para levar a cabo a valoración destes documentos, teremos en conta estes dous grupos.

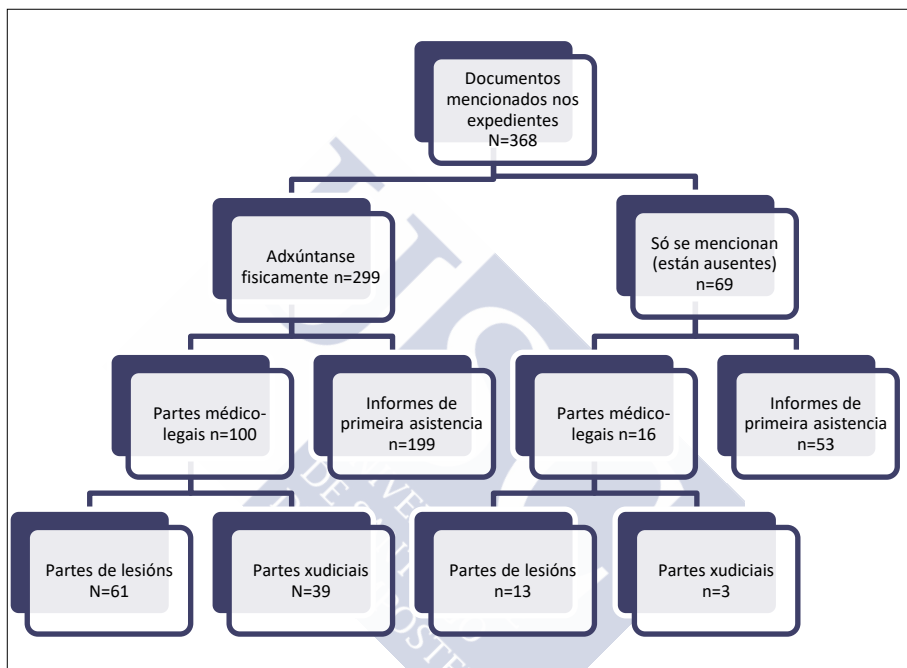


Figura 4.11. Documentos relacionados coa primeira asistencia.

En canto aos 100 partes medicolegais sometidos a análise, diferenciamos 61 partes de lesións e 39 partes xudiciais. Puidemos constatar que 70 estaban acompañados dun informe de primeira asistencia. En 30 casos os partes medicolegais eran os únicos documentos que constataron a asistencia sanitaria da muller.

Pola súa parte, dos 199 informes de primeira asistencia relacionados coa agresión 40 tiñan adxuntos partes de lesións e 22 partes xudiciais. A maioría destes informes contaban cun recadro co ítem "notificación xudicial". Este recadro estaba marcado en 36 informes, un 18,09%.

Na **Figura 4.12** amósase a procedencia destes documentos. A maioría dos partes foron emitidos polos servizos de urxencias de atención primaria, 12 foron elaborados nun centro de saúde e descoñecemos o orixe de 6. Dos 13 informes emitidos polos servizos de urxencias hospitalarias, 8 foron elaborados no Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela (CHUS), 3 no Hospital do Barbanza e 1 no Hospital Policlínico La Rosaleda.

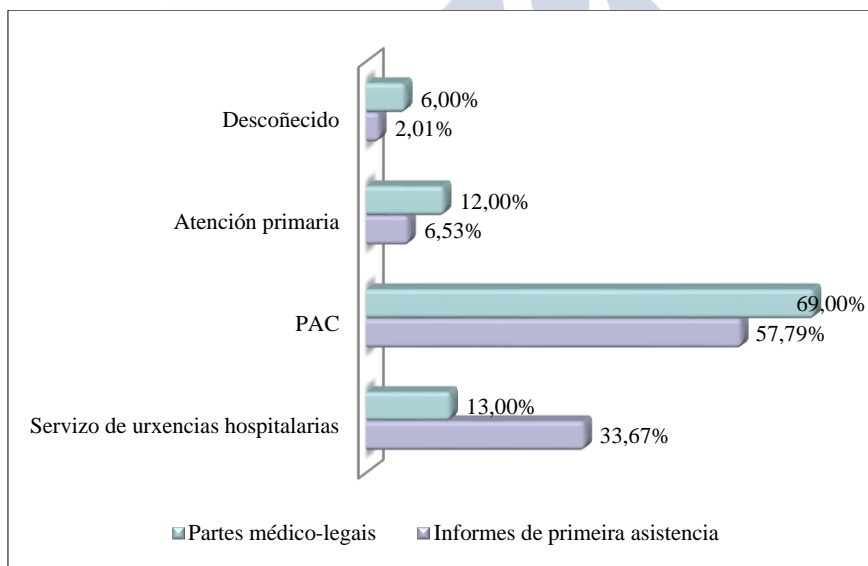


Figura 4.12. Procedencia dos documentos sanitarios

Mais da metade dos informes de primeira asistencia (115) foron emitidos polos PAC e 67 polos servizos de urxencias hospitalarias, principalmente do Complexo Hospitalario de Santiago de Compostela (55 informes). 6 procedían do Hospital do Barbanza, 2 do Hospital Provincial de Conxo e o mesmo número do Hospital Policlínico La Rosaleda así como do Hospital Juan Canalejo (actual Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña). So 13 informes procedían de atención primaria.

Para analizar a súa calidade, valoramos 10 ítems que deben ser cubertos nestes documentos nun caso de violencia de xénero (**Táboa 4.17**). En canto aos partes medicolegais, puidemos comprobar que existen datos que se recollen na maioría dos partes (datos da vítima, datos do facultativo, así como tipo e localización das lesións). A maioría carecen de tachaduras e nun 68% especificouse que era un caso de VX. No 53% dos casos describiuse a data e hora do incidente. En cambio, o estado psicolóxico da vítima e as medidas terapéuticas realizadas reflectíanse en pouco mais do 30% dos casos. No 9% faise referencia a agresións previas.

Táboa 4.17. Aplicación do Baremo de Calidade

	Partes medicolegais (n=100)		Informes de primeira asistencia (n=199)	
	n	%	n	%
Especifica caso de VX	68	68,00%	138	69,35%
Datos filiación vítima	96	96,00%	182	91,46%
Datos identificación do facultativo	80	80,00%	124	62,31%
Data e hora do incidente	53	53,00%	85	42,71%
Ausencia de tachaduras	82	82,00%	148	74,37%
Tipo de lesións	85	85,00%	171	85,93%
Localización das lesións	88	88,00%	178	89,45%
Reflexo do estado psicolóxico da vítima	39	39,00%	51	25,63%
Reflexo das medidas terapéuticas	33	33,00%	145	72,86%
Referencia a agresións previas	9	9,00%	17	8,54%

Nos informes de primeira asistencia comprobouse que os datos de filiación da vítima, o tipo e a localización das lesións tamén se inclúen na maior parte. En case o 70% se especificou que era un caso de VX e nunha porcentaxe similar aparecían reflectidas as medidas terapéuticas. En menos da metade recolleuse a data e hora da agresión. En 1 de cada 4 informes facíase referencia ao estado psicolóxico da muller. Un 8,54% dos informes recollían datos sobre agresións previas.

Trala comprobación do cumprimento de cada ítem e tendo en conta a súa puntuación individual, obtívose unha puntuación total que permite valorar a calidade (*Táboa 4.18 e Figura 4.13*).

Táboa 4.18. Puntuacións obtidas tras aplicar a escala.

	Partes medicolegais (n=100)		Informes de primeira asistencia (n=199)	
	N	%	N	%
0	2	2,00%	1	0,50%
10	0	0%	1	0,50%
15	0	0%	1	0,50%
20	0	0%	1	0,50%
25	2	2,00%	2	1,01%
30	1	1,00%	1	0,50%
35	1	1,00%	5	2,51%
40	5	5,00%	7	3,52%
45	1	1,00%	5	2,51%
50	4	4,00%	15	7,54%
55	13	13,00%	17	8,54%
60	5	5,00%	13	6,53%
65	8	8,00%	27	13,57%
70	14	14,00%	15	7,54%
75	6	6,00%	14	7,04%
80	11	11,00%	27	13,57%
85	6	6,00%	16	8,04%
90	8	8,00%	17	8,54%
95	8	8,00%	11	5,53%
100	5	5,00%	3	1,51%

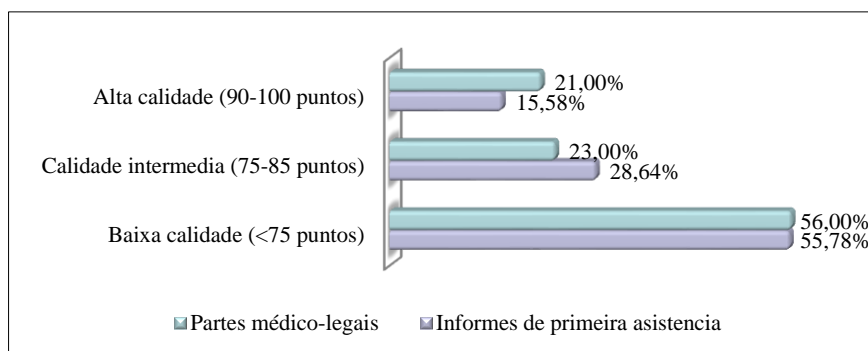


Figura 4.13. Cualificación da calidade dos documentos segundo a puntuación do baremo.

No que se refire aos partes médico legais, o 56% eran de baixa calidade, con puntuacións iguais ou inferiores a 70 puntos, un 16% obtiveron menos de 50 puntos. O 23% dos documentos eran de calidade intermedia e o 21% de calidade alta. Un 5% dos partes medicolegais obtiveron a puntuación máxima e un 2% obtiveron unha puntuación de 0.

Comprobouse que mais da metade dos informes de primeira asistencia eran de baixa de calidade. Nun informe ningún apartado estaba correctamente cuberto. Cerca dun 30% dos documentos eran de calidade intermedia. Un 15,5% de alta calidade, destacando o 1,51% que presentaron a máxima puntuación.

Analizáronse tamén outros criterios de calidade, que se amosan na **Táboa 4.19**. En canto á lexibilidade, un 49% dos partes medicolegais eran doados de ler, un 3% (n=3) estaban escritos a ordenador. Foron difíciles de ler un 44% documentos e un 7%, totalmente ilexibles. No caso dos informes de primeira asistencia un 38,69% se lían sen dificultade, un 3,02% (n=6) estaban escritos a

ordenador. Mais da metade foron difíciles de ler e un 4,02% totalmente ilexibles.

Táboa 4.19. Cumprimento de outros criterios de calidade

	Partes medicolegais (n=100)		Informes de primeira asistencia (n=199)	
	n	%	n	%
Lexibilidade				
Lexible	49	49,00%	77	38,69%
Difícil de ler	44	44,00%	114	57,29%
Ilexible	7	7,00%	8	4,02%
Utilización de abreviaturas e/ou símbolos				
Si	42	42,00%	135	67,84%
Non	57	57,00%	63	31,66%
Descoñecido	1	1,00%	1	0,50%
Reflexo do pronóstico				
No	36	36,00%	188	94,47%
Si	64	64,00%	11	5,53%

O uso de abreviaturas e/ou símbolos estivo presente nun 42% dos partes medicolegais e un 67,82% e dos informes de primeira asistencia. O pronóstico da muller quedou reflectido nun 64% dos partes médico legais: sendo leve, bo ou favorable nun 57%, moderado ou menos grave no 1% e reservado no 6%. En cambio, na maioría dos informes de primeira asistencia non se reflectía o pronóstico. Nos que se describía, foi leve, bo ou favorable nun 5,03% e reservado nun 0,50%.

4.1.6.2. Informes periciais ou forenses

En 304 expedientes incluíronse informes forenses da muller. Tratáronse de informes periciais psicolóxicos en 64 casos, informes medico-forenses en 272 casos e ámbolos dous en 32 casos (**Figura 4.14**). En canto ao tipo de informe médico forense, en todos os casos

tratábase de informes iniciais. En 3 casos realizáronse ademais informes de seguimento e en 19 informes de alta.

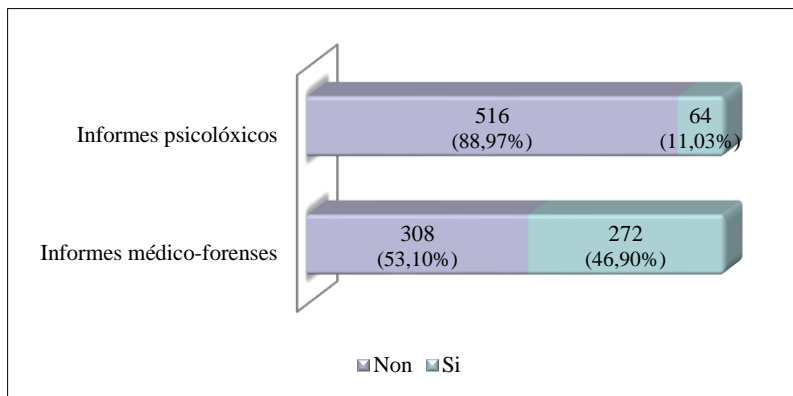


Figura 4.14. Tipos de informes periciais nos expedientes.

En canto ao contido dos informes (*Táboa 4.20*), comprobouse que no 86,18% dos casos corroboraban que a muller sufriu un dano físico como consecuencia da agresión. Menos do 20% confirmaron un dano psicolóxico.

Táboa 4.20. Contido dos informes periciais

	n (N=304)	%
Tipo de dano		
Físico		
Si	262	86,18%
Non	40	13,16%
Non figura	2	0,66%
Psicolóxico		
Si	58	19,08%
Non	244	80,26%
Non figura	2	0,66%
Congruencia das lesións		
Si	229	75,33%
Non	13	4,28%
Non figura	62	20,39%

No 75,3% dos casos os informes periciais estableceron que as lesións eran compatibles co mecanismo lesivo. Esta congruencia das lesións (n=149) realizouse a través da documentación aportada. En 52 casos foi confirmada polo exame medico forense.

4.1.6.3. Outros informes

En 299 expedientes existían outros informes de interese para o proceso (*Táboa 4.21*).

Táboa 4.21. Presenza nos expedientes de outros informes

	N	%
Casos con outros informes da muller (n=104)*		
Outros informes relacionados coa agresión actual	20	19,23%
Outros informes medico-forenses non relacionados coa agresión actual	22	21,15%
Historiais clínicos	5	4,81%
Informes de atención hospitalaria	9	8,65%
Psiquiatría ou saúde mental	27	25,96%
Sociais	28	26,92%
Relacionados co consumo de sustancias	4	3,85%
Outros	2	1,92%
Casos con informes do presunto agresor (n=217)*		
Informes de atención sanitaria do día da agresión	104	47,93%
Partes de lesións/xudiciais do día dos feitos	20	9,22%
Informes forenses ou periciais	113	52,07%
Psiquiatría ou saúde mental	44	20,28%
Relacionados co consumo de sustancias	25	11,52%
Psicolóxicos	13	5,99%
Sociais	2	0,92%
Outros	35	16,13%
Casos con informes de terceiras persoas (n=72)*		
Asistencia médica de familiares	28	38,89%
Partes de lesións/xudiciais de familiares	7	9,72%
Partes de lesión/xudiciais de terceiros	8	11,11%
Atestados policiais	13	18,06%
Informes forenses, periciais ou do IMELGA	37	51,39%
Informes sobre menores	6	8,33%
Outros	2	2,78%

*As categorías non son excluíntes (non suman o 100%)

En 104 casos (un 17,53% dos totais) elaboráronse informes referidos á muller, maioritariamente informes sociais, psiquiátricos ou medico forenses non relacionados coa agresión actual. No 19,23% tratábanse doutros informes médicos relacionados coa agresión actual. Nun 4,81% dos expedientes incluíuse o historial clínico da muller.

Nos expedientes tamén constaban informes do agresor en 217 casos (un 37,41% dos totais). Mais da metade eran informes periciais e nunha porcentaxe algo inferior (47,93%) informes de atención urxente do día da agresión. Nun 11,52% dos casos constaban informes relacionados cun posible consumo de sustancias aditivas e nun 9,22% tratábase de partes de lesións do presunto agresor, do día dos feitos.

En 72 expedientes (un 12,41% dos totais) constaban documentos referidos a terceiras persoas, principalmente informes periciais. Cerca do 40% eran informes de asistencia médica de familiares e case o 10% partes de lesións ou xudiciais destes. Nun 18,06% axuntáronse atestados dos corpos de seguridade que tiveron que intervir no conflito e nun 8,33% informes sobre menores.

4.1.7. Características do proceso xudicial

A continuación, descríbense diversas características do proceso xudicial e do comportamento da muller durante o mesmo.

4.1.7.1. Inicio do proceso

Na **Táboa 4.22** amósanse as diferentes formas de inicio do procedemento xudicial. En 479 casos (82,59%) a denuncia foi presentada pola vítima, de forma independente (en 182 casos) ou acompañada dun atestado policial (en 297 casos). En pouco mais do 10% dos casos, o proceso iniciouse tras a intervención directa da policía. O inicio a través do parte de lesións ou por denuncia da familia ou terceiros foi menos frecuente.

Táboa 4.22. Formas de iniciación do proceso.

	N (n=580)	%
Denuncia presentada pola vítima	182	31,38%
Denuncia presentada pola familia	8	1,38%
Denuncia presentada por terceiros	9	1,55%
Atestado policial con denuncia da vítima	297	51,21%
Atestado policial con denuncia da familia	3	0,52%
Atestado policial con intervención directa policial	66	11,38%
Parte de lesións	16	2,76%
Outras	4	0,69%

**As categorías non son excluíntes (non suman=580 nin 100%).*

4.1.7.2. Comportamento da muller durante o proceso

Ademais da súa intervención na denuncia, analizáronse outros comportamentos da muller durante o proceso xudicial (**Figura 4.15**). Un 8,10% decidiron retirar a denuncia, un 9,48% rectificaron ou modificaron o seu testemuño inicial dado na fase de instrución e 14,83% exerceron o seu dereito a non declarar.

A muller declarou como testemuña en case o 90% dos casos, constituíndo o seu relato un medio de proba. Outros medios de proba foron os seguintes: nun 85% o agresor foi interrogado, nun 51,31% testificaron terceiras persoas, nun 35,34% testificou a familia da muller e nun 51,38% a familia do agresor.

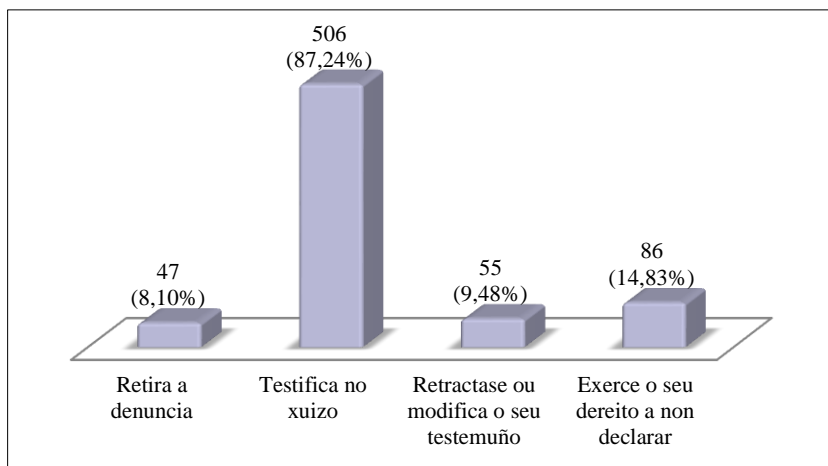


Figura 4.15. Comportamento da muller durante o proceso xudicial.

4.1.7.3. Cualificación dos feitos

Na **Táboa 4.23** presentase a cualificación xurídica dos feitos. Na metade dos casos, o feito foi cualificado como un delito de maltrato ocasional. Pouco mais do 70% tratáronse de comportamentos consistentes nunha lesión non definida como delito, case a metade consideráronse maltrato de obra e 1 de cada 4 correspondéronse con actos de menoscabo psíquico.

O xuíz definiu os feitos como un delito de maltrato habitual nun 17,59% dos casos. Analizáronse os diferentes actos que serviron para acreditar o tipo de violencia. A declaración da propia vítima foi a principal forma de acreditación tanto de violencia habitual, tanto física como psicolóxica. Poucos casos foron confirmados a través dun parte de lesións, sendo superior nos casos de violencia física habitual (14 casos) que nos de violencia psicolóxica habitual (2 casos). 3 casos foron confirmados por unha condena anterior.

Táboa 4.23. Cualificación xurídica dos feitos.

	N	%
Cualificación xurídica dos feitos (n=580)*		
Delito de lesións	15	2,59%
Delito de maltrato ocasional	294	50,69%
Delito maltrato habitual	102	17,59%
Delito de liberdade sexual	2	0,34%
Delito de ameazas	148	25,52%
Falta de ameazas	41	7,07%
Delito de coacciones	36	6,21%
Delito de quebrantamento	41	7,07%
Outros	61	10,52%
Descoñecido	1	0,17%
Tipo de delito de lesións (n=15)		
Físicas	11	73,33%
Psíquicas	4	26,67%
Modalidade de delito de maltrato ocasional (n=294)*		
Lesión non definida como delito	211	71,77%
Menoscabo psíquico	74	25,17%
Maltrato de obra	141	47,96%
Tipo de quebrantamento (n=41)		
Medida de protección da vítima	18	43,90%
Afastamento	21	51,22%
Seguridade	2	4,88%

*As categorías non son excluíntes (non suman o 100%)

Nun 2,59% dos expedientes o feito foi cualificado como un delito de lesións, principalmente de tipo físico (n=11). Tan só 4 foron tipificados como delito de lesións psíquicas.

No 7,07% acusouse ao agresor dun delito de quebrantamento. Especificouse cal foi a pena incumplida: 18 homes foron xulgados por incumplir algunha medida de protección da vítima e 21 agresores incumpriron unha medida de afastamento.

No 25,52% dos casos o feito foi cualificado como un delito de ameazas. Outros tipos de delitos estiveron representados por porcentaxes moi inferiores. Non atopamos ningún delito de asasinato ou homicidio.

Nun 18,45% dos casos (n=107) o delito principal acompañouse doutros actos violentos sobre cousas, (n=55), sobre outras persoas (n=38) ou ambos (n=14).

4.1.7.4. Medidas de protección da vítima

Durante o procedemento, o xuíz ditou medidas de protección en 228 casos (**Táboa 4.24**), que frecuentemente consistía nunha medida de afastamento. Tamén foi habitual a prohibición de comunicación. En 19 casos, ditouse prisión provisional do acusado. O mais común foi a concorrencia de dúas medidas, principalmente medidas de afastamento e residencia ou afastamento e comunicación. En 50 casos concorriron 3, e en 4 casos, 4 medidas de protección.

Táboa 4.24. Medidas de protección da vítima

	N	%
Existencia de medidas de protección da vítima (n=580)		
Si	228	39,31%
Non	290	50,00%
Descoñecido	62	10,69%
Tipo de medidas (n=228)*		
Afastamento	222	97,37%
Residencia	72	31,58%
Comunicación	168	73,68%
Prisión provisional	19	8,33%
Número de medidas (n=228)		
1	33	14,47%
2	141	61,84%
3	50	21,93%
4	4	1,75%

*As categorías non son excluíntes (non suman n=228 nin 100%)

4.1.7.5. Resultado do proceso

Nun total de 398 casos o xuíz ditou sentenza condenatoria mentres que nos 182 casos restantes, o acusado foi absolto dos cargos (*Figura 4.16*).

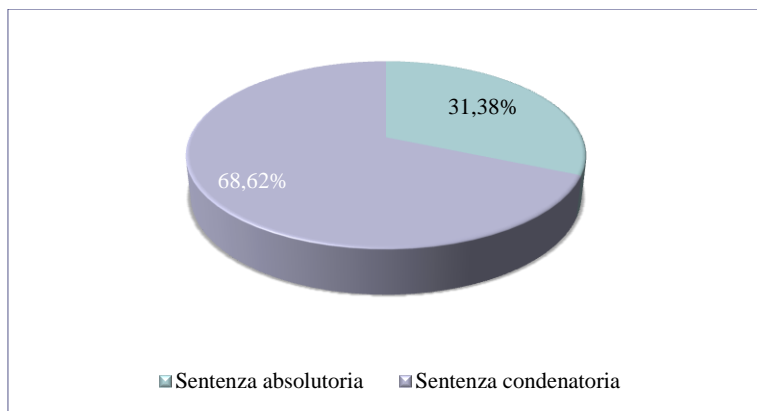


Figura 4.16 . Fallo xudicial.

Tal e como se pode ver na *Táboa 4.25*, a responsabilidade penal do agresor foi, en ocasións, modificada por diferentes circunstancias.

Nun 10,86% ditáronse atenuantes principalmente por "dilación extraordinaria indebida da causa non atribuíble ao acusado". En 13 casos a adición a algún tipo de sustancia diminuíu a pena do agresor.

En 5,69% dos casos totais, a pena foi agravada por diferentes circunstancias, principalmente por reincidencia, seguido da agravante mixta de parentesco.

No 2,76% dos expedientes analizados ditáronse eximentes, sobre todo por consumo ou intoxicación por drogas ou por algunha anomalía ou alteración psíquica.

Táboa 4.25. Circunstancias que modifican ou modifican a responsabilidade penal

	N	%
Casos con atenuantes (n=63)*		
As eximentes cando non concorra o necesario	12	19,05%
Actuar a causa dunha adicción a sustancias	13	20,63%
Actuar por causas que produzan arrebatos, obcecación ou estado pasional	1	1,59%
Reparación do dano con anterioridade aos xuízos	4	6,35%
Dilación extraordinaria indebida da causa non atribuíble ao acusado	26	41,27%
Outras circunstancias análogas ás anteriores	12	19,05%
Casos con agravantes (n=33)*		
Aproveitar circunstancias que faciliten a impunidad delincente	1	3,03%
Reincidencia	27	81,82%
Agravante mixta de parentesco	6	18,18%
Casos con eximentes (n=16)*		
Anomalía o alteración psíquica	4	25,00%
Consumo/intoxicación/ s. abs todo tipo de drogas	12	75,00%
Obre en defensa persoal o allea	1	6,25%

*As categorías non son excluíntes (non suman o 100%)

Púidose comprobar que en 74 casos se solicitou un recurso, que foi estimado en 26 e desestimado nos 48 casos restantes (**Figura 4.17**).

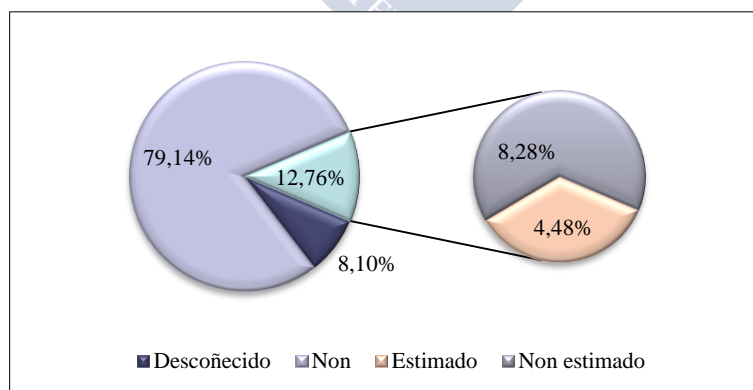


Figura 4.17. Sentenzas recorridas.

4.2. ANÁLISE DE ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Nos seguintes apartados describíranse os resultados estatisticamente significativos dos diferentes análises comparativos realizados.

4.2.1. Fallo xudicial

Na **Táboa 4.26** amósanse os resultados da análise comparativa segundo o fallo xudicial (condenatorio ou absolutorio). A continuación descríbense os principais resultados:

- En canto as características da violencia, a ***violencia física*** asociouse a un fallo xudicial condenatorio. No referente aos mecanismos lesivos, o ***abuso físico maior*** relacionouse cos casos de condena. Esta mesma relación atopouse con mecanismos de agresión psicolóxica como ***insultos, humillacións ou acusacións*** ou ***destrución de obxectos e danos materiais***. Tamén se asociou o fallo condenatorio cun maior ***número de mecanismo lesivos***.
- En canto ao tipo de lesións, as ***lesións graves***, como escordaduras ou fracturas, supoñen un factor fundamental para o fallo condenatorio. O mesmo ocorre cas lesións na ***cabeza***.
- No referente ás circunstancias da violencia, foi máis común que o xuíz ditara sentenza condenatoria cando a agresión ocorreu no ***domicilio familiar*** e cando os feitos tiveron lugar en ***presenza de terceiras persoas*** e de ***menores***.
- No apartado de documentos medicolegais, existe unha relación estatisticamente significativa entre a ***existencia de informes periciais***

e a resolución condenatoria. O mesmo cabe dicir cando se conta con *documentos do agresor*.

- Encontrouse unha asociación entre o dítame xudicial e a cualificación do feito como un *delito de lesións*, sendo o agresor condenado en todos estes casos. Tamén noutros delitos como os de *maltrato habitual, maltrato ocasional, falta de ameazas e outros delitos*. En canto aos medios de proba, a *testificación da familia da vítima* no xuízo, asociouse co fallo condenatorio.

- No referente ao comportamento da vítima durante o proceso, o feito de que a muller *modificara ou rectificara o seu testemuño inicial* asociouse cun ditame absolutorio. O mesmo ocorre no caso de que a muller se acollera ao *exercicio do dereito a non declarar*.

Táboa 4.26. Resultados significativos segundo o fallo xudicial

	Absolución (N=182)		Condena (n=398)		p-valor	
	N	%	N	%		
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA						
Agresión física (n=182) (n=398)						
Si	117	64,29%	294	117	0,0184	
Non	65	35,71%	104	65		
Mecanismos de abuso físico						
Mec. abuso físico maior (n=182) (n=398)						
Non	124	68,13%	234	58,79%	0,0318	
Si	58	31,87%	164	41,21%		
Mecanismos de abuso psicolóxico						
Insultar e humillar (n=182) (n=398)						
Non	133	73,08%	236	59,30%	0,0014	
Si	49	26,92%	162	40,70%		
Destrución obxectos (n=182) (n=398)						
Non	169	92,86%	344	86,43%	0,0247	
Si	13	7,14%	54	13,57%		
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)		2,76 (1-10, 1,67)		3,05 (1-9, 1,80)		0,1198
CIRCUNSTANCIAS DO VIOLENCIA						
Lugar dos feitos						
Domicilio familiar (n=181) (n=396)						
Non	125	69,06%	196	49,49%	<0,001	
Si	56	30,94%	200	50,51%		

Táboa 4.26. Resultados significativos segundo o fallo xudicial (cont.)

	Absolución (N=182)		Condena (n=398)		p-valor
	N	%	N	%	
Presenza de terceiras persoas					
	(n=182)		(n=398)		0,0098
Non	85	46,70%	141	35,43%	
Si	97	53,30%	257	64,57%	
Presenza de menores					
	(n=181)		(n=395)		<0,001
Non	166	91,71%	308	77,97%	
Si	15	8,29%	87	22,03%	
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS					
Tipo de lesión					
	(n=182)		(n=398)		0,04
Outras lesións mais graves					
Non	176	96,70%	367	92,21%	
Si	6	3,30%	31	7,79%	
Localización					
	(n=182)		(n=397)		0,0439
Cabeza					
Non	170	93,41%	349	87,91%	
Si	12	6,59%	48	12,09%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
	(n=182)		(n=398)		0,0412
Informe pericial					
Non	98	53,85%	178	44,72%	
Si	84	46,15%	220	55,28%	
	(n=182)		(n=398)		0,0019
Informes do agresor					
Non	131	71,98%	233	58,54%	
Si	51	28,02%	165	41,46%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCESO XUDICIAL					
Clasificación xurídica dos feitos					
	(n=182)		(n=397)		0,0079
Delito de lesións					
Non	182	100,00%	382	96,22%	
Si	0	0,00%	15	3,78%	
	(n=182)		(n=397)		0,001
Delito de maltrato ocasional					
Non	108	59,34%	177	44,58%	
Si	74	40,66%	220	55,42%	
	(n=182)		(n=397)		0,0332
Delito de maltrato habitual					
Non	159	87,36%	318	80,10%	
Si	23	12,64%	79	19,90%	
	(n=182)		(n=397)		0,0399
Falta de ameazas					
Non	175	96,15%	363	91,44%	
Si	7	3,85%	34	8,56%	
	(n=182)		(n=397)		0,0075
Outros					
Non	172	94,51%	346	87,15%	
Si	10	5,49%	51	12,85%	
Medios de proba					
	(n=182)		(n=397)		0,0199
Testifical familia da vítima					
Non	130	71,43%	244	61,46%	
Si	52	28,57%	153	38,54%	

Táboa 4.26. Resultados significativos segundo o fallo xudicial (cont.)

		Absolución (N=182)		Condena (n=398)		p-valor
		N	%	N	%	
Comportamento da muller durante o proceso xudicial						
Rectifica/modifica o seu testemuño		(n=182)		(n=398)		0,001
Non		154	84,62%	371	93,22%	
Si		28	15,38%	27	6,78%	
Exerce o seu dereito a non declarar		(n=182)		(n=398)		0,0055
Non		144	79,12%	350	87,94%	
Si		38	20,88%	48	12,06%	

4.2.2. Nacionalidade da muller

Os resultados significativos deste análise comparativo móstranse nas **Táboa 4.27**.

- Ao realizar o análise entre a nacionalidade e outras características sociodemográficas das mulleres, atopouse unha relación estatisticamente significativa co **estado civil** (mais común que as españolas estiveran casadas e as estranxeiras, solteiras), co **lugar de residencia** (maior proporción de mulleres españolas residen no medio rural en comparación coas estranxeiras) e coa **idade** (a media de idade das españolas foi superior a das estranxeiras). Así mesmo, dentro do grupo das nacionais atopamos idades mais extremas (mínimo 15 e máximo 82 anos) que nas estranxeiras (mínimo 20 e máximo 74). O **número de fillos** tamén foi superior nas mulleres españolas.

- En canto á comparativa da nacionalidade da muller coas características co presunto agresor, atopouse unha relación estatisticamente significativa con case todas as variables. No referente ao **estado civil**, foi mais común que os presuntos agresores das mulleres españolas estiveran casados e os das estranxeiras solteiros.

O *lugar de residencia* foi mais frecuente no medio rural cando a muller era española. Tamén se amosou unha asociación de *niveis educativos* e *sociodemográficos* mais baixos nos agresores e unha *idade maior* cando a muller era española.

- A comparación coas características da relación de parella mostra unha relación estatisticamente significativa con todas as variables. Foi mais común que as mulleres estranxeiras *conviviran* en parella no momento dos feitos. En caso de convivencia, foi mais habitual que as estranxeiras *vivirán só co agresor* ou *acompañadas* de terceiros, mentres que as españolas adoitaban *convivir cos fillos* ou con *outros familiares*. En canto ao *tipo e propiedade da vivenda*, con maior frecuencia as españolas residían nunha vivenda da súa propiedade e as estranxeiras en réxime de aluguer. Mais estranxeiras residían en pisos e nacionais en casas unifamiliares. En canto aos *anos de convivencia*, a cifra foi superior en españolas.

- No referente ás características da violencia, móstrase unha relación estatisticamente significativa coa natureza da agresión, tanto *física* como *psíquica*, sendo mais común as agresións físicas no colectivo de mulleres estranxeiras e as agresións psicolóxicas nas españolas. A utilización dun *mecanismo de abuso maior* foi mais común en estranxeiras. Nas mulleres españolas foron mais frecuentes os *insultos ou humillacións*.

- En canto as características das *lesións*, atopouse unha relación coa nacionalidade, sendo mais común que as estranxeiras presentaran lesións físicas, sobre todo en forma de *contusións ou hematomas* e *escoriacións*. Asociouse de maneira significativa nas mulleres estranxeiras a presenza de *lesións na cara* e nos *membros superiores*.

En canto ao *número de lesións* destaca un maior número nas estranxeiras que nas españolas (medias 2,06 e 1,38, respectivamente).

- A *asistencia sanitaria* foi solicitada con mais frecuencia por estranxeiras, sobre todo pola noite, mentres que as españolas facíano fundamentalmente pola tarde.
- Ao analizar a relación coa presenza de documentos medicolegais, atopouse unha relación significativa co *informe médico de primeira asistencia, informe pericial e informes do agresor*, que foron mais comúns nos casos de mulleres estranxeiras.
- Existe, así mesmo, unha relación significativa entre a nacionalidade da muller e a *testificación da familia do agresor*, sendo mais común nos casos en que a muller agredida é española.

Táboa 4.27. Resultados significativos segundo a nacionalidade da muller

	Espanólas (N=476)		Estranxeiras (n=97)		p-valor
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER					
Estado civil:	(n=442)		(n=89)		0,0193
Solteira	156	35,29%	45	50,56%	
Casada ou parella de feito	204	46,15%	34	38,20%	
Separada, divorciada ou viúva	82	18,55%	10	11,24%	
Domicilio:	(n=473)		(n=97)		0,0001
Urbano	250	52,85%	73	75,26%	
Semiurbano	57	12,05%	10	10,31%	
Rural	166	35,10%	14	14,43%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	37,01(15-82, 12,41)		32,96(20-74, 8,58)		0,0031
Nº de fillos: Media (mín-máx, DE)	1,56 (0-8, 1,26)		1,08 (0-3, 0,83)		0,014
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR					
Estado civil:	(n=436)		(n=90)		0,0155
Solteiro	147	33,72%	45	50,00%	
Casado ou parella de feito	208	47,71%	34	37,78%	
Separado, divorciado ou viúvo	81	18,58%	11	12,22%	
Domicilio:	(n=469)		(n=97)		0,0011
Urbano	241	51,39%	69	71,13%	
Semiurbano	57	12,15%	10	10,31%	
Rural	171	36,46%	18	18,56%	

Táboa 4.27. Resultados significativos segundo a nacionalidade da muller (cont.)

	Espanolas (N=476)		Estranxeiras (n=97)		p-valor
	N	%	N	%	
País de orixe:	(n=535)		(n=116)		
Español	492	91,96%	58	50,00%	<0,001
Estranxeiro	43	8,04%	58	50,00%	
Nivel educativo:	(n=71)		(n=10)		
Alto	18	25,35%	4	40,00%	0,0287
Medio	15	21,13%	5	50,00%	
Baixo	38	53,52%	1	10,00%	
Nivel socioeconómico	(n=387)		(n=83)		
Alto	27	6,98%	10	12,05%	0,0331
Medio	78	20,16%	26	31,33%	
Baixo	186	48,06%	32	38,55%	
Con ingresos sen esp.	96	24,81%	15	18,07%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	39,74 (18-83, 12,47)		36,5 (21-75,9,37)		0,0208
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA					
Convivencia no momento da agresión	(n=472)		(n=97)		
Si	260	55,08%	68	70,10%	0,0056
Non	212	44,92%	29	29,90%	
Viven sos	(n=243)		(n=62)		
Si	56	23,05%	21	33,87%	0,0056
Non	187	76,95%	41	66,13%	
Conviven cos fillos	(n=243)		(n=62)		
Si	176	72,43%	36	58,06%	0,002
Non	67	27,57%	26	41,94%	
Conviven con outros familiares	(n=243)		(n=62)		
Si	41	16,87%	10	16,13%	0,0352
Non	202	83,13%	52	83,87%	
Conviven con terceiras persoas	(n=243)		(n=62)		
Si	8	3,29%	6	9,68%	0,024
Non	235	202,00%	56	90,32%	
Vivenda propiedade da parella	(n=189)		(n=51)		
Si	119	62,96%	13	25,49%	<0,001
Non (Aluguer/outros)	70	37,04%	38	74,51%	
Tipo de vivenda	(n=263)		(n=66)		
Piso	133	50,57%	51	77,27%	<0,001
Casa	107	40,68%	10	15,15%	
Outros	23	8,75%	5	7,58%	
Anos de convivencia:Media (mín-máx,DE)	10,72 (0-61, 12,38)		4,59 (0-34, 4,59)		0,0014
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Agresión física	(n=476)		(n=97)		
Non	152	31,93%	14	14,43%	<0,001
Si	324	68,07%	83	85,57%	

Táboa 4.27. Resultados significativos segundo a nacionalidade da muller (cont.)

	Espaníolas (N=476)		Estranxeiras (n=97)		p-valor
	N	%	N	%	
Agresión psíquica					
	(n=476)		(n=97)		
Non	149	31,30%	44	45,36%	0,0076
Si	327	68,70%	53	54,64%	
Mecanismos de abuso físico					
	(n=476)		(n=97)		
Mec. abuso físico maior					
Non	307	64,50%	46	47,42%	0,0016
Si	169	35,50%	51	52,58%	
Mecanismos de abuso psicolóxico					
	(n=476)		(n=97)		
Insultar e humillar					
Non	293	61,55%	71	73,20%	0,0299
Si	183	38,45%	26	26,80%	
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS					
	(n=476)		(n=97)		
Lesión física					
Non	249	52,31%	32	32,99%	<0,001
Si	227	47,69%	65	67,01%	
Tipo de lesión					
	(n=476)		(n=97)		
Contusións/hematomas/equimose					
Non	301	63,24%	42	43,30%	<0,001
Si	175	36,76%	55	56,70%	
Escoriacións		(n=476)		(n=97)	
Non	399	83,82%	71	73,20%	0,013
Si	77	16,18%	26	26,80%	
Localización					
	(n=475)		(n=97)		
Cara					
Non	369	77,68%	63	64,95%	0,0078
Si	106	22,32%	34	35,05%	
Membros superiores		(n=475)		(n=97)	
Non	361	76,00%	63	64,95%	0,0235
Si	114	24,00%	34	35,05%	
Nº lesións físicas: Media (mín-máx, DE)	1,38 (0-15, 2,07)		2,06 (0-9, 2,34)		0,001
CARACTERÍSTICAS DA ASISTENCIA SANITARIA					
	(n=476)		(n=97)		
Asistencia					
Non	250	52,52%	38	39,18%	0,0149
Si	224	47,06%	59	60,82%	
Momento da asistencia					
	(n=184)		(n=51)		
Mañá	36	19,57%	11	21,57%	0,002
Tarde	71	38,59%	10	19,61%	
Noite	77	41,85%	30	58,82%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
	(n=476)		(n=96)		
Informe medico de 1ª asistencia					
Non	278	58,40%	42	43,75%	0,0083
Si	198	41,60%	54	56,25%	

Táboa 4.27. Resultados significativos segundo a nacionalidade da muller (cont.)

	Espanólas (N=476)		Estranxeiras (n=97)		p-valor
	N	%	N	%	
Informe pericial	(n=476)		(n=97)		0,0152
Non	236	49,58%	35	36,08%	
Si	240	50,42%	62	63,92%	
Informes do agresor	(n=476)		(n=97)		0,0336
Non	289	60,71%	70	72,16%	
Si	187	39,29%	27	27,84%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL					
Medios de proba					
Testifical familia do agresor	(n=475)		(n=97)		0,0014
Non	343	72,21%	85	87,63%	
Si	132	27,79%	12	12,37%	

4.2.3. Nacionalidade do presunto agresor

Na **Táboa 4.28** amósanse os resultados significativos deste análise.

- Existe unha relación estatisticamente significativa entre a nacionalidade do agresor e o *estado civil*, o *lugar de residencia*, a *nacionalidade* e a *idade da muller*, así como co *número de fillos*. Foi mais común que as mulleres presuntamente agredidas por homes estranxeiros estiveran solteiras e residiran nun entorno urbano. Así mesmo, foi común que os homes españois mantiveran unha relación con mulleres nacionais mais novas e con mais fillos.
- En canto ao *estado civil* do presunto agresor, foi mais común que os homes españois estiveran casados e os estranxeiros, solteiros. No relativo ao *lugar de residencia*, aínda que os dous colectivos vivían na súa maioría en zonas urbanas, destaca unha maior porcentaxe de españois residentes en zonas rurais. En canto a *idade*, a media dos

nacionais foi superior á dos estranxeiros (40,45 anos fronte a 31,86, respectivamente). Ademais, atopouse maior rango nos homes españois, tendo o mais vello da serie 83 anos.

- No que se refire ás características da relación e da familia, foi mais común que a parella *convivira con terceiras persoas* cando o presunto agresor era estranxeiro. Tamén foi mais frecuente que a *parella fora propietaria da vivenda, vivira nunha casa unifamiliar ou a convivencia fora de longa duración* en caso de españois.
- En canto ás características da violencia, foi mais común a *agresión física* en caso de homes estranxeiros, así como a utilización dun *mecanismo de abuso menor*. A violencia de longa duración asociouse cun presunto agresor español, sendo a media de duración do maltrato de 7,41 anos, fronte a 1,77 anos en estranxeiros.
- Obtivemos unha relación estatisticamente significativa entre a presenza de *lesións físicas* na muller e a nacionalidade do presunto agresor, sendo mais comúns nos casos de homes estranxeiros. A maioría de vítimas de homes españois non presentaron lesións. A presenza de *contusións* e a localización en *membros inferiores* tamén se asociou cos estranxeiros.
- Polo que se refire ás características do procedemento xudicial, o análise amosou unha relación estatisticamente significativa entre a nacionalidade do agresor e o feito de que o procedemento se iniciara a través dun *atestado policial con denuncia da familia*, sendo a forma de inicio máis común nos casos de homes estranxeiros.

Táboa 4.28. Resultados significativos segundo a nacionalidade do presunto agresor

	Español (N=488)		Estranxeiro (n=81)		p-valor
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER					
Estado civil:	(n=453)		(n=74)		
Solteira	154	34,00%	47	63,51%	<0,001
Casada ou parella de feito	214	47,24%	21	28,38%	
Separada, divorciada ou viúva	85	18,76%	6	8,11%	
Domicilio:	(n=485)		(n=81)		
Urbano	257	52,99%	66	81,48%	<0,001
Semiurbano	62	12,78%	4	4,94%	
Rural	166	34,23%	11	13,58%	
País de orixe:	(n=487)		(n=81)		
Española	429	88,09%	43	53,09%	<0,001
Estranxeira	58	11,91%	38	46,91%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	37,28(15-82, 12,31)		30,68 (18-52, 7,49)		<0,001
Nº fillos: Media (mín-máx, DE)	1,56 (0-8, 1,26)		1,01 (0-3, 0,81)		<0,001
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR					
Estado civil:	(n=449)		(n=74)		
Solteiro	147	32,74%	45	60,81%	<0,001
Casado ou parella de feito	220	49,00%	20	27,03%	
Separado, divorciado ou viúvo	82	18,26%	9	12,16%	
Domicilio:	(n=481)		(n=81)		
Urbano	249	51,77%	60	74,07%	<0,001
Semiurbano	60	12,47%	7	8,64%	
Rural	172	35,76%	14	17,28%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	40,45 (18-83, 12,29)		31,86 (19-49, 6,97)		<0,001
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA					
Conviven con terceiras persoas	(n=256)		(n=44)		
Si	7	2,73%	7	15,91%	<0,001
Non	249	97,27%	37	84,09%	
Vivenda propiedade da parella	(n=202)		(n=36)		
Si	121	59,90%	10	27,78%	0,0011
Non (Aluguer/outros)	81	40,10%	26	72,22%	
Anos de convivencia:Media (mín-máx, DE)	10,70 (0-61, 12,30)		3,47 (0-19, 4,24)		<0,001
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Agresión física	(n=488)		(n=81)		
Non	152	31,15%	14	17,28%	0,011
Si	336	68,85%	67	82,72%	
Agresión psíquica	(n=488)		(n=81)		
Non	155	31,76%	36	44,44%	0,0252
Si	333	68,24%	45	55,56%	

Táboa 4.28. Resultados significativos segundo a nacionalidade do presunto agresor (cont.)

		Español (N=488)		Estranxeiro (n=81)		p-valor
		N	%	N	%	
Mecanismos de abuso físico						
Mec. abuso físico menor		(n=488)		(n=81)		0,0029
Non	225	46,11%	23	28,40%		
Si	263	53,89%	58	71,60%		
Anos de maltrato: Media(mín-máx. DE)		7,41(0-50, 10,61)		1,77 (0-8, 1,91)		<0,001
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS						
Lesión física		(n=488)		(n=81)		0,0282
Non	251	51,43%	31	38,27%		
Si	237	48,57%	50	61,73%		
Tipo de lesión						
Contusións/hematomas/equimose		(n=488)		(n=81)		0,0033
Non	307	62,91%	37	45,68%		
Si	181	37,09%	44	54,32%		
Localización						
Membros inferiores		(n=487)		(n=81)		0,033
Non	432	88,71%	65	80,25%		
Si	55	11,29%	16	19,75%		
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL						
Forma de iniciación do proceso						
Atestado policial con denuncia da familia		(n=488)		(n=81)		0,0092
Non	487	99,80%	79	97,53%		
Si	1	0,20%	2	2,47%		

4.2.4. Tipo de consumo habitual/abuso de substancias

A continuación, amósanse os resultados do análise comparativo entre as principais variables do estudo e o tipo de adicción, tanto da muller como do home.

4.2.4.1. Consumo por parte da muller

Tendo en conta o tipo de adición (alcohol, estupefacientes ou policonsumo) obtivemos os seguintes resultados estatisticamente significativos (**Táboa 4.29**):

- Existe unha relación entre o tipo de adicción por parte da muller e a súa **idade**, asociando a adicción ao alcohol a mulleres mais maiores.
- A comparativa realizada coas características do agresor, tamén amosa unha relación entre un historial aditivo da muller ao alcohol e unha maior **idade** do presunto agresor.
- No referente á relación de parella, o estudo amosa que a **duración** da relación é mais longa cando a muller presenta unha adicción ao alcohol e moito máis curta no caso de adicción a drogas ou varias sustancias.
- En canto aos **anos de duración da violencia**, é mais común que dure mais anos cando a muller presenta un historial de consumo habitual de alcohol, e menos si consume habitualmente estupefacientes.

Táboa 4.29. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte da muller

	Alcohol(N=31)	Estupefacientes (N=36)	Policonsumo (N=16)	p- valor
	Media (mín-máx, DE)	Media (mín-máx, DE)	Media (mín-máx, DE)	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER				
Idade	41,73(22-68, 8,81)	33,26 (21-63, 9,88)	32,5 (18-47, 8,88)	<0,001
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR				
Idade	45,63 (30-73, 9,97)	33,06 (21-68, 9,53)	35,56 (19-45, 7,37)	<0,001
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA				
Anos de convivencia	10,10 (0-41, 9,81)	3,37 (0-22, 4,86)	3,78(0,16-14,4,98)	<0,001
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA				
Anos de maltrato	7,70(0,08-20, 6,28)	1,33 (0-8, 2,09)	2,32 (0,08-9, 3,11)	<0,001

4.2.4.2. Consumo por parte do presunto agresor

En canto a comparativa segundo o tipo de adicción do presunto agresor atopamos os seguintes resultados (*Táboa 4.30*):

- O contraste realizado coas características da muller mostra unha relación estatisticamente significativa co ***estado civil***, existindo un maior consumo de alcohol ou policonsumo por parte do agresor cando a muller estaba casada e de estupefacientes si estaba solteira. A ***idade*** e o ***número de fillos*** tamén amosan resultados significativos, con mulleres de maior idade e mais fillos cando os seus presuntos agresores consumen habitualmente alcohol.
- O análise comparativo coas características do presunto agresor amosa unha relación estatisticamente significativa co ***estado civil*** e a ***idade***. Os homes que consumen alcohol ou varias sustancias habitualmente están casados ou con parella de feito, mentres que os consumidores de estupefacientes, solteiros. En canto a idade, os homes que presentan unha adicción ao alcohol amosan unha media superior, ademais dun maior rango de idade (mín. 19 e máx. 83).
- No referente ás características da relación de parella, a ***convivencia*** no momento dos feitos asociouse á adición ao alcohol por parte do presunto agresor. O consumo de estupefacientes asociouse a parellas que ***vivían soas***, mentres que no caso do alcohol adoitaban ***vivir cos fillos, outros familiares*** ou con ***terceiros***. O análise realizado amosa relación entre o consumo habitual de alcohol e a ***propiedade da vivenda***, mentres que a adición a estupefacientes ou o policonsumo asóciase á convivencia da parella en aluguer. En canto aos ***anos de***

convivencia, se relaciona o consumo de alcohol por parte do home con convivencias máis duradeiras.

- En canto as características da violencia, atopouse unha relación significativa co tempo de **duración da violencia**, sendo maior nas vítimas de homes que consumen alcohol. Tamén son estas as que sofren menos **mecanismos lesivos**. A presenza de múltiples mecanismos lesivos foi máis común cando o presunto agresor é un policonsumidor habitual.

- Na comparativa coas circunstancias da agresión, obtivemos unha asociación entre o consumo habitual de alcohol por parte do agresor e o feito de que a agresión se realizara nun **domicilio**, mentres que as agresións ocorridas en **lugares públicos** asociáronse en maior medida a outras adiccións. O **consumo de sustancias no momento dos feitos** asociouse aos homes adictos ao alcohol.

- É máis común a existencia de **informes do agresor** naqueles casos nos que este era policonsumidor ou adicto a estupefacientes fronte a aqueles cun historial de adición ao alcohol.

- O contraste realizado coas características do procedemento xudicial, amosa resultados significativos co feito de que o procedemento se iniciara pola **denuncia da familia** ou tras emisión dun **parte de lesións**. No primeiro caso asociouse coa adicción a estupefacientes, mentres que no segundo cun historial de policonsumo. Tamén foi máis común que a **familia do agresor testificase** no xuízo cando o presunto agresor era policonsumidor.

Táboa 4.30. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte do presunto agresor

	Alcohol (N=184)		Estupefacentes (N=184)		Policonsumo (N=85)		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER							
Estado civil:	(n=174)		(n=47)		(n=74)		
Solteira	50	28,74%	28	59,57%	29	39,19%	0,001
Casada ou parella de feito	98	56,32%	11	23,40%	35	47,30%	
Separada, divorciada ou viúva	26	14,94%	8	17,02%	10	13,51%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	41,38(18-80, 12,71)		29,02 (16-49, 7,48)		32,96 (17-62, 9,28)		<0,001
Nº de fillos: Media (mín-máx, DE)	1,82 (0-8, 1,35)		1,04 (0-4, 0,93)		1,33 (0-4, 1,14)		<0,001
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR							
Estado civil:	(n=172)		(n=49)		(n=75)		
Solteiro	46	26,74%	29	59,18%	30	40,00%	<0,001
Casado ou parella de feito	97	56,40%	13	26,53%	36	48,00%	
Separado, divorciado ou viúvo	29	16,86%	7	14,29%	9	12,00%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	44,12 (19-83, 12,10)		33,06 (20-74, 9,03)		35,41 (21-64, 8,54)		<0,001
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA							
Convivencia en parella no momento da agresión	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Si	130	70,65%	26	50,00%	53	62,35%	0,0183
Non	54	29,35%	26	50,00%	32	37,65%	
Viven sos	(n=128)		(n=24)		(n=48)		
Si	29	22,66%	9	37,50%	15	31,25%	0,0174
Non	99	77,34%	15	62,50%	33	68,75%	
Conviven cos fillos	(n=128)		(n=24)		(n=48)		
Si	94	73,44%	13	54,17%	29	60,42%	0,0074
Non	34	26,56%	11	45,83%	19	39,58%	
Conviven con outros familiares	(n=128)		(n=24)		(n=48)		
Si	26	20,31%	3	12,50%	7	14,58%	0,0276
Non	102	79,69%	21	87,50%	41	85,42%	
Conviven con terceiras persoas	(n=128)		(n=24)		(n=48)		
Si	7	5,47%	1	4,17%	2	4,17%	0,0433
Non	121	94,53%	23	95,83%	46	95,83%	

Táboa 4.30. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte do presunto agresor (cont.)

	Alcohol (N=184)		Estupefacientes (N=184)		Policonsumo (N=85)		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Vivenda propiedade da parella	(n=99)		(n=21)		(n=37)		
Si	63	63,64%	5	23,81%	15	40,54%	<0,001
Non (Aluguer/outros)	36	36,36%	16	76,19%	22	59,46%	
Anos de convivencia: Media (mín-máx, DE)	14,28 (0-61, 13,78)		4,03 (0-30, 5,91)		6,04 (0-35, 7,77)		<0,001
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA							
Anos de maltrato: Media(mín-máx, DE)	10,27(0-50, 12,42)		2,13 (0-13, 2,83)		4,59 (0-35, 7,58)		<0,001
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)	2,78 (1-9, 1,75)		2,98 (1-10, 2,10)		3,36 (1-9, 1,74)		0,0102
CIRCUNSTANCIAS DA VIOLENCIA							
Lugar dos feitos							
Domicilio	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	40	21,74%	20	38,46%	31	36,47%	0,0094
Si	144	78,26%	32	61,54%	54	63,53%	
Domicilio familiar	(n=183)		(n=52)		(n=84)		
Non	83	45,36%	33	63,46%	49	58,33%	0,0258
Si	100	54,64%	19	36,54%	35	41,67%	
Lugar público	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	154	83,70%	35	67,31%	54	63,53%	<0,001
Si	30	16,30%	17	32,69%	31	36,47%	
Consumo de alcohol ou drogas por parte dalgún dos implicados	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	72	39,13%	32	61,54%	41	48,24%	0,0132
Si	112	60,87%	20	38,46%	44	51,76%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS							
Informes do agresor	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	105	57,07%	23	44,23%	36	42,35%	0,0449
Si	79	42,93%	29	55,77%	49	57,65%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL							
Forma de iniciación do proceso							
Denuncia presentada pola familia	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	184	100,00%	50	96,15%	84	98,82%	0,0378
Si	0	0,00%	2	3,85%	1	1,18%	
Parte de lesións	(n=184)		(n=52)		(n=85)		
Non	182	98,91%	52	100,00%	80	94,12%	0,0218
Si	2	1,09%	0	0,00%	5	5,88%	

Táboa 4.30. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte do presunto agresor (cont.)

		Alcohol (N=184)		Estupefacientes (N=184)		Policonsumo (N=85)		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Medios de proba								
Testifical familia do agresor		(n=184)		(n=52)		(n=85)		0,032
Non		131	71,20%	46	88,46%	60	70,59%	
Si		53	28.80%	6	11.54%	25	29.41%	

4.2.5. Consumo de sustancias no momento dos feitos

Realizouse unha comparativa tendo en conta o consumo de alcohol ou drogas no momento dos feitos por parte de algún dos implicados e tamén tendo en conta a sustancia consumida polo presunto agresor.

4.2.5.1. Consumo por parte dos implicados

Os resultados estatisticamente significativos do análise comparativo segundo o consumo de sustancias no momento dos feitos amósase na **Táboa 4.31**.

- O análise mostrou asociación con varias características do agresor, como residir no medio urbano, contar cun **nivel socioeconómico** baixo e non realizar **traballo remunerado**.
- O contraste coas características da relación, mostrou asociación entre o consumo de sustancias no momento dos feitos e a **convivencia da parella**, así como con outros **familiares** ou **terceiras persoas**. Nos casos en que a parella convivía cos **fillos**, o mais común foi que ningún dos implicados consumira no momento dos feitos. A

propiedade e o tipo de vivenda tamén amosaron relación, sendo máis frecuente que a vivenda fora un piso e non fora da propiedade da parella en casos de consumo de sustancias no momento do abuso.

- O consumo asociouse tamén a diversas características da violencia. Nas 3/4 partes dos casos de consumo de sustancias a muller sufriu *violencia física*. Esta mesma relación existe cando a muller sofre un *mecanismo de abuso menor* ou por *destrución de obxectos*. As *actitudes controladoras* son mais frecuentes cando ningún dos implicados consumira algunha sustancia.

- A existencia de *lesións físicas* e un maior *número* delas asóciase a os casos de consumo no momento dos feitos. O mesmo cabe dicir coa presenza de *contusións* e a localización das lesións na *cabeza, cara, membros superiores* ou *tronco*.

- O consumo durante o evento lesivo asóciase á procura de *asistencia médica* trala agresión. É mais común que a muller acuda a *urxencias* e precise *atención especializada*, sobre todo a *principios de semana* ou o *sábado*, en horario *nocturno* e que precisen *tratamento cirúrxico*.

- A existencia de *parte de lesións, informes de primeira asistencia* da muller e *informes relacionados co agresor* foi mais común se algún dos implicados consumiu sustancias no momento dos feitos.

- O contraste coas formas de inicio de proceso amosou relación con que se producira mediante un *atestado policial con intervención directa da policía* nos casos de consumo. En canto a cualificación dos feitos, obtivemos asociación entre o consumo no momento da agresión e a cualificación como un *delito de maltrato ocasional*.

Táboa 4.31. Resultados significativos segundo o consumo de sustancias no momento dos feitos por parte de algún dos implicados

		Presenza de alcohol e/ou drogas				p-valor
		Non (N=334)		Si (N=246)		
		N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER						
Traballo remunerado:		(n=262)		(n=206)		0,0025
Non	97	37,02%	105	50,97%		
Si	165	62,98%	101	49,03%		
Nivel socioeconómico		(n=263)		(n=210)		0,0064
Alto	30	11,41%	7	3,33%		
Medio	51	19,39%	53	25,24%		
Baixo	116	44,11%	102	48,57%		
Con ingresos sen esp.	66	25,10%	48	22,86%		
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA						
Convivencia en parella no momento da agresión		(n=333)		(n=244)		<0,001
Si	160	48,05%	170	69,67%		
Non	173	51,95%	74	30,33%		
Viven sos		(n=149)		(n=157)		<0,001
Si	40	26,85%	38	24,20%		
Non	109	73,15%	119	75,80%		
Conviven cos fillos		(n=149)		(n=157)		<0,001
Si	104	69,80%	108	68,79%		
Non	45	30,20%	49	31,21%		
Conviven con outros familiares		(n=149)		(n=157)		<0,001
Si	22	14,77%	29	18,47%		
Non	127	85,23%	128	81,53%		
Conviven con terceiras persoas		(n=322)		(n=231)		<0,001
Si	5	3,36%	9	5,73%		
Non	144	96,64%	148	94,27%		
Vivenda propiedade da parella		(n=119)		(n=122)		<0,001
Si	73	61,34%	59	48,36%		
Non (Aluguer/outros)	46	38,66%	63	51,64%		
Tipo de vivenda		(n=265)		(n=242)		<0,001
Piso	19	20,65%	106	63,10%		
Casa	65	70,65%	52	30,95%		
Outros	8	8,70%	10	5,95%		
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA						
Agresión física		(n=334)		(n=246)		0,0483
Non	108	32,34%	61	24,80%		
Si	226	67,66%	185	75,20%		
Mecanismos de abuso físico						
Mec. abuso físico menor		(n=334)		(n=246)		0,0062
Non	154	46,11%	99	40,24%		
Si	180	53,89%	147	59,76%		

Táboa 4.31. Resultados significativos segundo o consumo de sustancias no momento dos feitos por parte de algún dos implicados (cont.)

		Presenza de alcohol e/ou drogas				p-valor
		Non (N=334)		Si (N=246)		
		N	%	N	%	
Mecanismos de abuso psicolóxico						
Actitudes controladoras		(n=334)		(n=246)		0,0487
Non	256	76,65%	205	83,33%		
Si	78	23,35%	41	16,67%		
Destrucción obxectos		(n=334)		(n=246)		0,0462
Non	303	90,72%	210	85,37%		
Si	31	9,28%	36	14,63%		
Anos de maltrato: Media(mín-máx, DE)		6,30(0-42, 9,53)		6,90 (0-50, 10,68)		0,4557
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)		2,75 (1-9, 1,71)		2,91 (1-10, 1,72)		0,1767
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS						
Lesión física		(n=334)		(n=246)		0,0036
Non	182	54,49%	104	42,28%		
Si	152	45,51%	142	57,72%		
Tipo de lesión						
Contusións/hematomas/equimose		(n=334)		(n=246)		0,0035
Non	218	65,27%	131	53,25%		
Si	116	34,73%	115	46,75%		
Localización						
Cabeza		(n=334)		(n=245)		0,0175
Non	308	92,22%	211	86,12%		
Si	26	7,78%	34	13,88%		
Cara		(n=334)		(n=245)		0,0428
Non	263	78,74%	175	71,43%		
Si	71	21,26%	70	28,57%		
Membros superiores		(n=334)		(n=245)		0,0215
Non	260	77,84%	170	69,39%		
Si	74	22,16%	75	30,61%		
Nº lesións físicas: Media (mín-máx, DE)		1,26 (0-12, 1,92)		1,81 (0-15, 2,34)		0,0014
CARACTERÍSTICAS DA ASISTENCIA SANITARIA						
Asistencia		(n=334)		(n=244)		0,001
Non	190	56,89%	105	43,03%		
Si	144	43,11%	139	56,97%		
Lugar da asistencia		(n=135)		(n=136)		0,0026
Centro de saúde	88	65,19%	79	58,09%		
Urxencias	41	30,37%	47	34,56%		
Especializada	6	4,44%	10	7,35%		

Táboa 4.31. Resultados significativos segundo o consumo de sustancias no momento dos feitos por parte de algún dos implicados (cont.)

	Presenza de alcohol e/ou drogas				p-valor
	Non (N=334)		Si (N=246)		
	N	%	N	%	
Día da asistencia	(n=124)		(n=131)		
Luns	15	12,10%	18	13,74%	0,0435
Martes	19	15,32%	22	16,79%	
Mércores	11	8,87%	10	7,63%	
Xoves	12	9,68%	12	9,16%	
Venres	16	12,90%	15	11,45%	
Sábado	25	20,16%	28	21,37%	
Domingo	26	20,97%	26	19,85%	
Momento da asistencia	(n=306)		(n=24)		
Mañá	23	19,83%	24	20,17%	<0,001
Tarde	52	44,83%	29	24,37%	
Noite	41	35,34%	66	55,46%	
Tipo de tratamento recibido	(n=125)		(n=125)		
Médico	79	63,20%	79	63,20%	0,0088
Cirúrxico	5	4,00%	6	4,80%	
Non recibe ningún tratamento	41	32,80%	40	32,00%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
Parte de lesións	(n=333)		(n=246)		
Non	284	85,29%	179	72,76%	<0,001
Si	49	14,71%	67	27,24%	
Informe médico de 1ª asistencia	(n=333)		(n=246)		
Non	205	61,56%	122	49,59%	0,0041
Si	128	38,44%	124	50,41%	
Informes do agresor	(n=334)		(n=246)		
Non	235	70,36%	120	50,63%	<0,001
Si	99	29,64%	117	49,37%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL					
Forma de iniciación do proceso					
Atestado policial con intervención directa policial		(n=334)	(n=246)		
Non	317	94,91%	197	80,08%	<0,001
Si	17	5,09%	49	19,92%	
Clasificación xurídica dos feitos					
Delito de maltrato ocasional		(n=334)	(n=245)		
Non	177	52,99%	108	44,08%	0,0341
Si	157	47,01%	137	55,92%	

4.2.5.2. Tipo de sustancia consumida polo presunto agresor

Na

Táboa 4.32 preséntanse os principais resultados significativos do análise realizado segundo o tipo de sustancia (alcohol, estupefacientes ou policonsumo) consumida polo presunto agresor no momento dos feitos.

- O análise amosa unha relación estatisticamente significativa con a **idade da muller**, asociándose o consumo de alcohol cunha maior idade. O **número de fillos** foi maior nas agresións por homes que consumiron estupefacientes no momento dos feitos.
- O **nivel socioeconómico** e a **idade** do presunto agresor amosan tamén unha relación significativa. O policonsumo asociouse con homes de nivel socioeconómico baixo, mentres que o consumo de estupefacientes se asociou a un nivel medio de ingresos. O consumo de alcohol no momento dos feitos relacionouse con homes de maior idade.
- Obtívose unha relación entre o policonsumo no momento da agresión e o feito de que a **parella non convivira con terceiros**. A **convivencia con outros familiares** asociouse ao consumo de alcohol.
- En canto as características da violencia, a media de **duración** así como o máximo de duración foi moi superior naqueles casos de consumo de alcohol.
- O feito de que a muller sufrira algunha **lesión física**, sobre todo en forma de **contusión**, asociouse ao consumo de estupefacientes no momento dos feitos, sendo as mulleres vítimas de agresores que consumiron alcohol as que menos lesións físicas presentaron. As

lesións en *membros inferiores* asociáronse aos casos de policonsumo, mentres que as localizadas no *tronco* a estupefacientes. O *número de lesións* foi maior en casos de policonsumo, seguido de consumidores de estupefacientes e por ultimo, de alcohol.

- A *asistencia sanitaria* trala agresión foi máis demandada por vítimas de homes consumidores de estupefacientes, seguido dos casos de policonsumo. En canto ao *día da asistencia*, foi común que as vítimas de homes que consumiron estupefacientes ou varias sustancias foran atendidas un sábado, mentres que aquelas mulleres agredidas por homes baixo os efectos do alcohol visitaron aos servizos sanitarios en maior medida un domingo.
- A existencia dun *informe de primeira asistencia* da muller relacionado coa agresión asociase co consumo de estupefacientes ou policonsumo. Por outra parte, a *presenza de informes do agresor* relacionouse sobres todo ao consumo de varias sustancias.
- O inicio do procedemento xudicial *por terceiros*, asociouse ao consumo de sustancias no momento dos feitos, sobre alcohol ou estupefacientes.

Táboa 4.32. Resultados significativos segundo o tipo de sustancia consumida no momento dos feitos por parte do presunto agresor

	Alcohol (N=195)		Estupefacientes (N=14)		Policonsumo (N=26)		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER							
Idade: Media (mín-máx, DE)	38,41(16-79, 12,17)		32,86 (20-43, 7,02)		30,27 (19-51, 8,64)		0,011
Nº de fillos: Media (mín-máx, DE)	1,66 (0-8, 1,34)		1,83 (0-3, 0,94)		1,04 (0-4, 0,95)		0,0321

Táboa 4.32. Resultados significativos segundo o tipo de sustancia consumida no momento dos feitos por parte do presunto agresor (cont.)

	Alcohol (N=195)		Estupefacientes (N=14)		Policonsumo (N=26)		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR							
Nivel socioeconómico	(n=169)		(n=61)		(n=20)		0,0279
Alto	5	2,96%	5	8,20%	2	10,00%	
Medio	44	26,04%	44	72,13%	1	5,00%	
Baixo	76	44,97%	9	14,75%	15	75,00%	
Con ingresos sen esp.	44	26,04%	3	4,92%	2	10,00%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	41,05 (19-83, 12,67)		33,57 (24-43,5,80)		33,77 (20-53, 7,4)		0,0026
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA							
Viven sos	(n=123)		(n=8)		(n=19)		0,001
Si	23	18,70%	1	12,50%	11	57,89%	
Non	100	81,30%	7	87,50%	8	42,11%	
Conviven cos fillos	(n=123)		(n=8)		(n=19)		0,0053
Si	92	74,80%	6	75,00%	7	36,84%	
Non	31	25,20%	2	25,00%	12	63,16%	
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA							
Anos de maltrato: Media(mín-máx, DE)	8,07(0-50, 11,67)		1,44 (0-5, 1,81)		2,09 (0-12, 3,57)		0,0292
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS							
Lesión física	(n=195)		(n=14)		(n=26)		0,0479
Non	94	48,21%	3	21,43%	8	30,77%	
Si	101	51,79%	11	78,57%	18	69,23%	
Tipo de lesión							
Contusións/hematomas/e quimose	(n=195)		(n=14)		(n=26)		0,0446
Non	115	58,97%	5	35,71%	10	38,46%	
Si	80	41,03%	9	64,29%	16	61,54%	
Localización							
Membros inferiores	(n=194)		(n=14)		(n=26)		(n=194)
Non	168	86,60%	13	92,86%	17	65,38%	0,0129
Si	26	13,40%	1	7,14%	9	34,62%	
Tronco	(n=194)		(n=14)		(n=26)		0,0067
Non	160	82,47%	7	50,00%	18	69,23%	
Si	34	17,53%	7	50,00%	8	30,77%	
Nº lesións físicas: Media (mín-máx, DE)	1,60 (0-15, 2,29)		2,14 (0-5,1 ,75)		2,73 (0-12, 2,93)		0,0295
CARACTERÍSTICAS DA ASISTENCIA SANITARIA							
Asistencia	(n=193)		(n=14)		(n=26)		0,042
Non	94	48,70%	3	21,43%	8	30,77%	
Si	99	51,30%	11	78,57%	18	69,23%	

Táboa 4.32. Resultados significativos segundo o tipo de sustancia consumida no momento dos feitos por parte do presunto agresor (cont.)

	Alcohol (N=195)		Estupefacientes (N=14)		Policonsumo (N=26)		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Día da asistencia	(n=95)		(n=10)		(n=15)		0,0124
Luns	15	15,79%	1	10,00%	1	6,67%	
Martes	18	18,95%	1	10,00%	2	13,33%	
Mércores	3	3,16%	3	30,00%	3	20,00%	
Xoves	10	10,53%	1	10,00%	0	0,00%	
Venres	10	10,53%	0	0,00%	2	13,33%	
Sábado	17	17,89%	3	30,00%	4	26,67%	
Domingo	22	23,16%	1	10,00%	3	20,00%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS							
Informe medico de 1ª asistencia	(n=195)		(n=14)		(n=26)		0,0137
Non	108	55,38%	4	28,57%	8	30,77%	
Si	87	44,62%	10	71,43%	18	69,23%	
Informes do agresor	(n=195)		(n=14)		(n=26)		0,0443
Non	102	52,31%	8	57,14%	7	26,92%	
Si	93	47,69%	6	42,86%	19	73,08%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL							
Forma de inicio do proceso							
Denuncia presentado por terceiros	(n=195)		(n=14)		(n=26)		0,0294
Non	194	99,49%	13	92,86%	26	100%	
Si	1	0,51%	1	7,14%	0	0,00%	

4.2.6. Comportamento da muller durante o proceso

Nos seguintes apartados descríbense os resultados mais salientables da comparativa realizada segundo o comportamento da muller durante o procedemento xudicial.

4.2.6.1. A muller presenta a denuncia

O análise comparativo segundo o feito de que a muller inicie o procedemento mediante denuncia amósase na **Táboa 4.33**.

- O **nivel educativo** ou a **idade** do presunto agresor amosan resultados significativos, sendo mais común que as mulleres denunciaren mantiveran unha relación con homes de nivel educativo baixo e de menor idade.
- No referente á relación de parella, se asocia a **convivencia dos implicados** co feito de que a muller decida non presentar a denuncia. Tamén existe relación significativa entre a denuncia por parte da muller e a **convivencia cos fillos** ou con **outros familiares**. Tamén se asocia co feito de que a vivenda sexa **propiedade** da parella.
- O contraste realizado coas características da violencia amosa unha relación significativa entre a decisión de denunciar e os **insultos ou humillacións**.
- O **consumo de alcohol ou algunha outra sustancia** no momento dos feitos por parte de algún dos implicados asociouse á decisión da muller de non denunciar a agresión.
- A existencia de **informes de terceiras persoas** adxuntos aos expedientes xudiciais tamén foi mais común naqueles casos nos cales a muller decide non denunciar.
- Cando a muller decide por si soa denunciar os feitos, esta denuncia non se acompañou de **atestado policial**, **denuncia de terceiros** ou da **intervención directa da policía**. En canto a cualificación dos feitos atopamos dous resultados estatisticamente significativos: os casos

cualificados como *delitos de coaccións* ou de *quebrantamento* foron mais comúns cando a muller iniciou o procedemento.

Táboa 4.33. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia

	Presenta a denuncia				p-valor
	Non (N=398)		Si (N=182)		
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR					
Nivel educativo:	(n=51)		(n=30)		0,0494
Alto	11	21,57%	11	36,67%	
Medio	17	33,33%	3	10,00%	
Baixo	23	45,10%	16	53,33%	
Idade: Media (mín-máx, DE)	40,00(18-83, 12,33)		37,42 (18-75, 11,22)		0,0223
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA					
Convivencia en parella no momento da agresión	(n=396)		(n=182)		0,0195
Si	239	60,35%	91	50,00%	
Non	157	39,65%	91	50,00%	
Viven sos	(n=223)		(n=83)		0,0082
Si	64	28,70%	14	69,00%	
Non	159	71,30%	69	83,13%	
Conviven cos fillos	(n=223)		(n=83)		0,0048
Si	146	65,47%	66	79,52%	
Non	77	34,53%	17	20,48%	
Conviven con outros familiares	(n=223)		(n=83)		0,0339
Si	34	15,25%	17	20,48%	
Non	189	84,75%	66	79,52%	
Vivenda propiedade da parella	(n=182)		(n=59)		0,0147
Si	98	53,85%	34	57,63%	
Non (Aluguer/outros)	84	46,15%	25	42,37%	
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Mecanismos de abuso psicolóxico					
Insultar e humillar	(n=398)		(n=182)		0,0018
Non	270	67,84%	99	54,40%	
Si	128	32,16%	83	45,60%	
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)	2,78 (1-10, 1,67)		2,90 (1-9, 1,19)		0,0108
CIRCUNSTANCIAS DA VIOLENCIA					
Consumo de alcohol ou drogas por parte dalgún dos implicados	(n=398)		(n=182)		<0,001
Non	200	50,25%	134	73,63%	
Si	198	49,75%	48	26,37%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
Informes de terceiras persoas	(n=398)		(n=182)		0,0197
Non	340	85,43%	168	92,31%	
Si	58	14,57%	14	7,69%	

Táboa 4.33. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia (cont.)

		Presenta a denuncia				p-valor
		Non (N=398)		Si (N=182)		
		N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL						
Forma de iniciación do proceso						
Denuncia presentada por terceiros		(n=398)		(n=182)		0,0409
Non	389	97,74%	182	100,00%		
Si	9	2,26%	0	0,00%		
Atestado policial con intervención directa policial		(n=398)		(n=182)		<0,001
Non	332	83,42%	182	100,00%		
Si	66	16,58%	0	0,00%		
Parte de lesións		(n=398)		(n=182)		0,028
Non	383	96,23%	181	99,45%		
Si	15	3,77%	1	0,55%		
Clasificación xurídica dos feitos						
Delito de maltrato ocasional		(n=397)		(n=182)		0,0058
Non	180	45,34%	105	57,69%		
Si	217	54,66%	77	42,31%		
Delito de coaccións		(n=397)		(n=182)		0,0351
Non	378	95,21%	165	90,66%		
Si	19	4,79%	17	9,34%		
Delito de quebrantamento		(n=397)		(n=182)		0,0329
Non	375	94,46%	163	90,56%		
Si	22	5,54%	17	9,44%		
Outros		(n=397)		(n=182)		0,0364
Non	348	87,66%	170	93,41%		
Si	49	12,34%	12	6,59%		
Comportamento da muller durante o proceso xudicial						
Denuncia da vítima con atestado policial		(n=398)		(n=182)		<0,001
Non	101	25,38%	182	100,00%		
Si	297	74,62%	0	0,00%		

4.2.6.2. Denuncia da muller acompañada de atestado policial

Os principais resultados significativos deste análise amósanse na **Táboa 4.34.**

- Ao realizar a comparativa coa *idade do presunto agresor*, existe unha asociación cos de maior idade.
- En canto propiedade da vivenda, relaciónase co feito de que a vivenda fóra propiedade da parella.
- A comparativa co *número de mecanismos lesivos* tamén amosou un resultado significativo, sendo máis numerosos nos casos de denuncia da vítima con atestado policial.
- No contraste cos documentos adxuntos, encontrouse relación con a presenza de *informes médicos de primeira asistencia*.
- Cando o procedemento se inicia a través dun atestado policial con denuncia da muller, non se acompaña de *denuncia da familia, de terceiros*, da *intervención directa da policía* ou de *outras formas*, como a través dun *parte de lesións*. En canto a cualificación dos feitos denunciados, destaca a asociación co *delito de maltrato habitual*.

Táboa 4.34. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia acompañada dun atestado policial

	Atestado policial con denuncia da muller				p-valor
	Non (N=283)		Si (N=297)		
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRESUNTO AGRESOR					
Idade: Media (mín-máx, DE)	37,99 (18-75, 11,51)		40,34 (18-83, 12,44)		0,0283
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA					
Vivenda propiedade da parella	(n=98)		(n=143)		<0,045
Si	50	51,02%	82	57,34%	
Non (Aluguer/outros)	48	48,98%	61	42,66%	
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)	2,88 (1-6, 1,68)		2,95 (1-10, 1,74)		0,0326
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
Informe medico de 1ª asistencia	(n=283)		(n=296)		0,0272
Non	173	61,13%	154	52,03%	
Si	110	38,87%	142	47,97%	

Táboa 4.34. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia acompañada dun atestado policial (cont.)

		Atestado policial con denuncia da muller				p-valor
		Non (N=283)		Si (N=297)		
		N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL						
Forma de iniciación do proceso						
Denuncia presentada pola familia		(n=283)		(n=297)		0,0035
Non	275	97,17%	297	100,00%		
Si	8	2,83%	0	0,00%		
Denuncia presentada por terceiros		(n=283)		(n=297)		0,002
Non	274	96,82%	297	100,00%		
Si	9	3,18%	0	0,00%		
Atestado policial con intervención directa policial		(n=283)		(n=297)		<0,001
Non	217	76,68%	297	100,00%		
Si	66	23,32%	0	0,00%		
Parte de lesións		(n=283)		(n=297)		<0,001
Non	268	94,70%	296	99,66%		
Si	15	5,30%	1	0,34%		
Outras formas		(n=283)		(n=297)		0,0398
Non	274	98,56%	297	100,00%		
Si	4	1,44%	0	0,00%		
Clasificación xurídica dos feitos						
Delito de maltrato habitual		(n=283)		(n=296)		0,0315
Non	243	85,87%	234	79,05%		
Si	40	14,13%	62	20,95%		
Delito de quebrantamento		(n=283)		(n=296)		0,0241
Non	256	90,46%	282	95,27%		
Si	27	9,54%	14	4,73%		
Medios de proba						
Testifical terceiras persoas		(n=283)		(n=296)		0,04
Non	125	44,17%	156	52,70%		
Si	158	55,83%	140	47,30%		

4.2.6.3. A muller retira a denuncia

Na **Táboa 4.35** amósanse os resultados significativos do análise realizado segundo o feito de que a muller retire ou non a denuncia.

- Dentro das características da muller, destaca a relación significativa co ***tipo de traballo***, sendo aquelas con traballo remunerado as que frecuentemente retiran a denuncia.
- No referente ás características da violencia atopamos unha relación entre o feito de que a muller sexa maltratada psicoloxicamente mediante a ***destrución de obxectos*** e esta decida retirar a denuncia.
- O análise coas circunstancias da violencia amosa relación da non retirada da denuncia con violencia no ***domicilio familiar***.
- En canto ao resto de comportamentos procesuais da muller, existe unha relación entre o feito de que a muller non retire a denuncia e decida ***testificar no xuízo***.

Táboa 4.35. Resultados significativos segundo se a muller retira ou non a denuncia

		Retira a denuncia				p-valor
		Non (N=533)		Si (N=47)		
		N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MULLER						
Traballo remunerado:		(n=415)		(n=33)		0,0091
Non	211	50,84%	9	27,27%		
Si	204	49,16%	24	72,73%		
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA						
Mecanismos de abuso psicolóxico						
Destrución obxectos		(n=533)		(n=47)		0,0296
Non	476	89,31%	37	78,72%		
Si	57	10,69%	10	21,28%		
CIRCUNSTANCIAS DA VIOLENCIA						
Lugar dos feitos						
Domicilio familiar		(n=530)		(n=47)		0,0161
Non	287	54,15%	34	72,34%		
Si	243	45,85%	13	27,66%		
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL						
Comportamento da muller durante o proceso xudicial						
Testifica no xuízo		(n=532)		(n=47)		0,02
Non	62	11,65%	11	23,40%		
Si	470	88,35%	36	76,60%		

4.2.6.4. A muller testifica no xuízo

O análise realizado segundo o feito de que a muller testifique ou non no xuízo amósase no ***Táboa 4.36***, salientando os seguintes resultados:

- Existe unha relación estatisticamente significativa entre o feito de que a muller decida prestar testemuño e a violencia tivera lugar no ***domicilio familiar***. O consumo ***de alcohol ou drogas no momento dos feitos*** tamén amosou un resultado significativo, relacionándose con que a muller decida non declarar.
- En canto as lesións físicas, encontrouse asociación entre as ***escoracións*** e o grupo de mulleres que deciden non testificar.
- O ***lugar no que se prestou a asistencia sanitaria*** trala agresión amosou resultados significativos sendo mais común que as mulleres que testificaron no xuízo precisaran ser atendidas en urxencias.
- A existencia dun ***parte de lesións*** ou o ***inicio do procedemento a partir deste parte de lesións*** asóciase aos casos en que a muller decidiu non testificar no xuízo.
- En canto aos medios de proba, relacionouse que a muller testificara con que o fixera tamén o ***acusado, a familia da muller, a familia do agresor e terceiras persoas***.

Táboa 4.36. Resultados significativos segundo se a muller testifica ou non no xuízo

		Testifica no xuízo				p-valor
		Non (N=73)		Si (N=506)		
		N	%	N	%	
CIRCUNSTANCIAS DA VIOLENCIA						
Lugar dos feitos						
Domicilio familiar		(n=72)		(n=504)		0,0026
Non	52	72,22%	269	53,37%		
Si	20	27,78%	235	46,63%		
Consumo de alcohol ou drogas por parte dalgún dos implicados		(n=73)		(n=506)		0,0431
Non	34	46,58%	299	59,09%		
Si	39	53,42%	207	40,91%		
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS						
Tipo de lesión						
Escoriacións		(n=73)		(n=506)		0,0436
Non	54	73,97%	423	83,60%		
Si	19	26,03%	83	16,40%		
CARACTERÍSTICAS DA ASISTENCIA SANITARIA						
Lugar da asistencia		(n=33)		(n=237)		0,0467
Centro de saúde	22	66,67%	144	60,76%		
Urxencias	6	18,18%	82	34,60%		
Especializada	5	15,15%	11	4,64%		
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS						
Parte de lesiones		(n=73)		(n=505)		0,0079
Non	50	68,49%	413	81,78%		
Si	23	31,51%	92	18,22%		
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL						
Forma de iniciación do proceso						
Parte de lesións		(n=73)		(n=506)		0,0024
Non	67	91,78%	496	98,02%		
Si	6	8,22%	10	1,98%		
Medios de proba						
Interrogatorio del acusado		(n=73)		(n=502)		<0,001
Non	54	73,97%	28	5,58%		
Si	19	26,03%	474	94,42%		
Testifical familia da muller		(n=73)		(n=506)		<0,001
Non	71	97,26%	303	59,88%		
Si	2	2,74%	203	40,12%		
Testifical familia do agresor		(n=283)		(n=296)		<0,001
Non	67	91,78%	366	72,33%		
Si	6	8,22%	140	27,67%		
Testifical terceiras persoas		(n=73)		(n=506)		<0,001
Non	62	84,93%	219	43,28%		
Si	11	15,07%	287	56,72%		

4.2.6.5. A muller rectifica ou modifica o seu testemuño inicial

Este análise amosa os seguintes resultados significativos (Táboa 4.37):

- A maior *duración da violencia* asociouse ao feito de que a muller rectificara ou modificara o seu testemuño.
- Relacionouse a presenza de *informes periciais e outros informes da muller* co mantemento do seu testemuño inicial.
- O feito de que *a familia do agresor testifique* no xuízo asociouse aos casos nos cales a muller persiste coa súa versión inicial.

Táboa 4.37. Resultados significativos segundo se a muller rectifica/modifica ou non o seu testemuño

	Rectifica ou modifica o seu testemuño				p-valor
	Non (N=525)		Si (N=55)		
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Anos de maltrato:Media(mín-máx, DE)	6,67(0-50, 10,03)		4,87 (0-30, 9,39)		0,0111
CARACTERÍSTICAS DAS LESIÓNS FÍSICAS					
Localización					
Pescozo	(n=524)		(n=55)		0,0456
Non	448	85,50%	45	81,82%	
Si	76	14,50%	10	18,18%	
EXISTENCIA DE DOCUMENTOS MEDICOLEGAIS					
Informe pericial	(n=525)		(n=55)		0,0263
Non	242	46,10%	34	61,82%	
Si	283	53,90%	21	38,18%	
Outros informes da muller	(n=525)		(n=55)		0,0247
Non	422	80,38%	51	92,73%	
Si	103	19,62%	4	7,27%	
Informes do agresor	(n=525)		(n=55)		0,0283
Non	322	61,33%	42	76,36%	
Si	203	38,67%	13	23,64%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL					
Medios de proba					
Testifical familia do agresor	(n=524)		(n=55)		0,023
Non	385	73,47%	48	87,27%	
Si	139	26,53%	7	12,73%	

4.2.6.6. Exerce o seu dereito a non declarar

O resultados significativos segundo o feito de que a muller exerza o seu dereito a non declarar amósase na **Táboa 4.38**:

- En canto as características da relación de parella, asociouse o exercicio deste dereito cunha maior *duración da relación*.
- Obtívose unha relación entre os casos nos que a muller non exerceu este dereito e o feito de que a agresión se cometera no *domicilio familiar* e baixo a *presenza de menores*.
- Tamén se asociou o feito de que a muller decidira declarar no xuízo e non se acollera a este dereito co *delito de maltrato ocasional* ou co *delito de maltrato habitual*.

Táboa 4.38. Resultados significativos segundo se a muller exerce ou non o seu dereito a non declarar

	Exerce o seu dereito a non declarar				p-valor
	Non (N=494)		Si (n=86)		
	N	%	N	%	
CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA					
Anos de convivencia: Media (mín-máx, DE)	9,18 (0-61, 11,76)		12,03(0-41, 11,25)		0,0105
CARACTERÍSTICAS DA VIOLENCIA					
Nº mec. lesivos: Media (mín-máx, DE)	2,88 (1-10, 1,71)		2,46 (1-9, 1,68)		0,0108
CIRCUNSTANCIAS DA VIOLENCIA					
Lugar dos feitos					
Domicilio familiar	(n=491)		(n=86)		0,0087
Non	262	53,36%	59	68,60%	
Si	229	46,64%	27	31,40%	
Presenza de menores	(n=490)		(n=86)		0,0117
Non	395	80,61%	79	91,86%	
Si	95	19,39%	7	8,14%	
CARACTERÍSTICAS DO PROCEDEMENTO XUDICIAL					
Clasificación xurídica dos feitos					
Delito de maltrato ocasional	(n=493)		(n=86)		0,0126
Non	232	47,06%	53	61,63%	
Si	261	52,94%	33	38,37%	
Delito de maltrato habitual	(n=493)		(n=86)		<0,001
Non	395	80,12%	82	95,35%	
Si	98	19,88%	4	4,65%	

4.3. ANÁLISE TIPOLOXICO

Na **Táboa 4.39** amósase un resumo dos análises realizados mediante o método das árbores de clasificación. Como se pode observar nalgún dos cruces non existe unha relación estatística entre o grupo de variables seleccionadas e a variable resposta, polo que o análise non xerou ningunha árbore. A continuación comentaranse as diferentes árbores obtidas:

Táboa 4.39. Resume do análise tipolóxico realizado mediante as árbores de clasificación

Tipoloxía	Variable resposta	¿Existe unha relación estatística entre o grupo de variables e a variable resposta?
Tipos de mulleres	Fallo xudicial	Si
	A muller denuncia	Non
	A muller testifica	Non
	A muller retira a denuncia	Non
	A muller modifica o testemuño	Non
	A muller exerce o seu dereito a non declarar	Non
Tipos de homes	Fallo xudicial	Si
	Agresión física	Si
	Agresión psicolóxica	Si
Tipos de relación de parella	Fallo xudicial	Non
Tipos de violencia	Fallo xudicial	Non
	Conviven no momento dos feitos	Si
	Anos de convivencia	Si
	Lesión física	Si
Tipos de lesións	Fallo xudicial	Non
	A muller denuncia	Non
	A muller testifica	Non
	A muller retira a denuncia	Non
	A muller modifica o testemuño	Non
	A muller exerce o seu dereito a non declarar	Non
	Tratamento	Si
Tipos de abordaxe medicolegal	Fallo xudicial	Si
Tipos de rol da muller no xuízo	Fallo xudicial	Si

4.3.1. Tipos de mulleres

Para definir tipos de mulleres, tívose en conta como variable de interese o *fallo xudicial* xa que un fallo condenatorio confirmaría un caso de violencia de xénero. Así o análise amosa a característica que maior importancia tivo nesta tipoloxía, o nivel socioeconómico, a partir do cal pódense diferenciar 4 tipoloxías de mulleres, tres foron consideradas vítimas de violencia de xénero polo xuíz ao emitir este un fallo condenatorio (**Figura 4.18**):

- Tipo 1: Mulleres cun nivel socioeconómico baixo ou sen especificar (supoñen o 91%).
- Tipo 2: Mulleres cun nivel socioeconómico alto ou medio e con 32 ou mais anos (supoñen o 6%).
- Tipo 3: Mulleres cun nivel socioeconómico alto ou medio, con menos de 32 anos e españolas (supoñen o 2%).

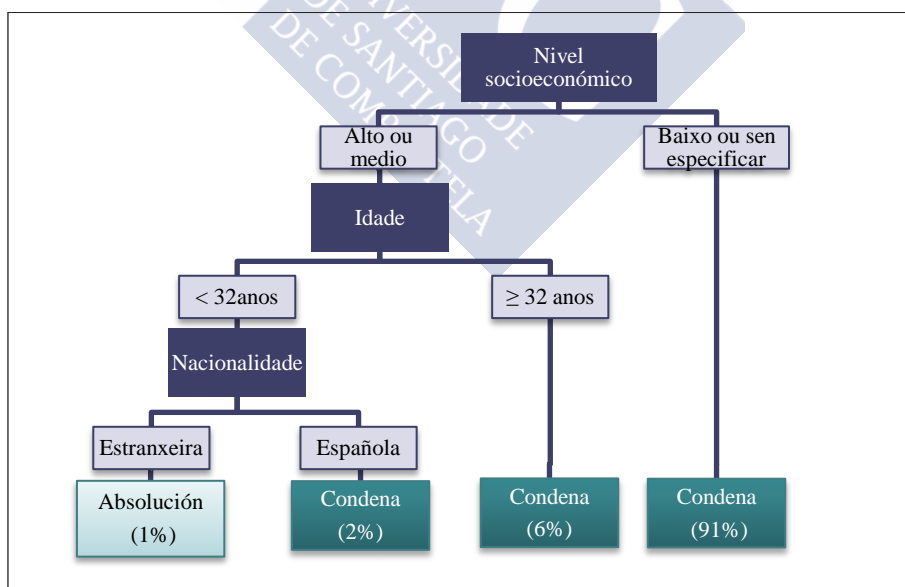


Figura 4.18. Tipos de mulleres segundo o fallo xudicial

4.3.2. Tipos de homes

Para definir tipos de homes tendo en conta o *fallo xudicial*, a variable de maior importancia foi a idade, a partir da cal diferenciáronse dous tipos (**Figura 4.19**):

- Tipo 1: Homes menos de 20 anos (supoñen o 1%). Foron declarados absoltos
- Tipo 2: Homes con 20 ou mais anos (supoñen o 99%). Foron declarados culpables.

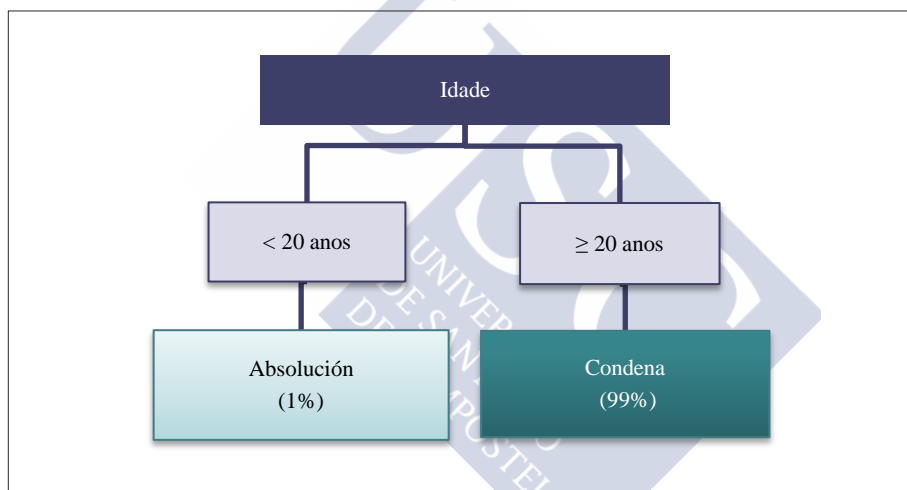


Figura 4.19. Tipos de homes segundo o fallo xudicial

Realizouse tamén este análise para intentar describir aos homes tendo en conta o tipo de agresión que exerceran sobre a muller: física ou psicolóxica.

No caso dos presuntos agresores que levaron a cabo unha *agresión física* cara a muller, a análise amosa que a característica mais importante foi o estado civil a partir do cal se diferencian catro grupos

de homes asociados ao feito de que a muller sufrira unha agresión física (**Figura 4.20**):

- Tipo 1: Homes solteiros, casados ou con parella de feito (supoñen o 84% dos casos).
- Tipo 2: Homes separados, divorciados ou viúvos e de nacionalidade estranxeira (supoñen o 2% dos casos).
- Tipo 3: Homes cunha idade menor a 38 anos, separados, divorciados ou viúvos e de nacionalidade española (supoñen o 6%).
- Tipo 4: Homes cunha idade igual ou maior a 38 anos, separados, divorciados ou viúvos, de nacionalidade española e que residen nun entorno urbano (supoñen o 3% dos casos).

No casos dos homes que levaron a cabo unha **agresión psicolóxica**, a variable de maior importancia foi tamén o estado civil. O análise, exposto na **Figura 4.21** define 5 tipos de presuntos agresores que levaron a cabo este abuso:

- Tipo 1: Homes separados, divorciados ou viúvos (supoñen o 16% dos casos).
- Tipo 2: Homes con 38 ou mais anos, solteiros, casados ou parellas de feito, e cun nivel socioeconómico medio ou baixo (supoñen o 38%).
- Tipo 3: Homes con 44 ou mais anos, solteiros, casados ou parellas de feito, e cun nivel socioeconómico alto (supoñen o 2%).
- Tipo 4: Homes con menos 38 anos e solteiros (supoñen o 30% dos casos).
- Tipo 5: Homes de entre 30 e 33 anos e casados ou parellas de feito (supoñen o 3%).

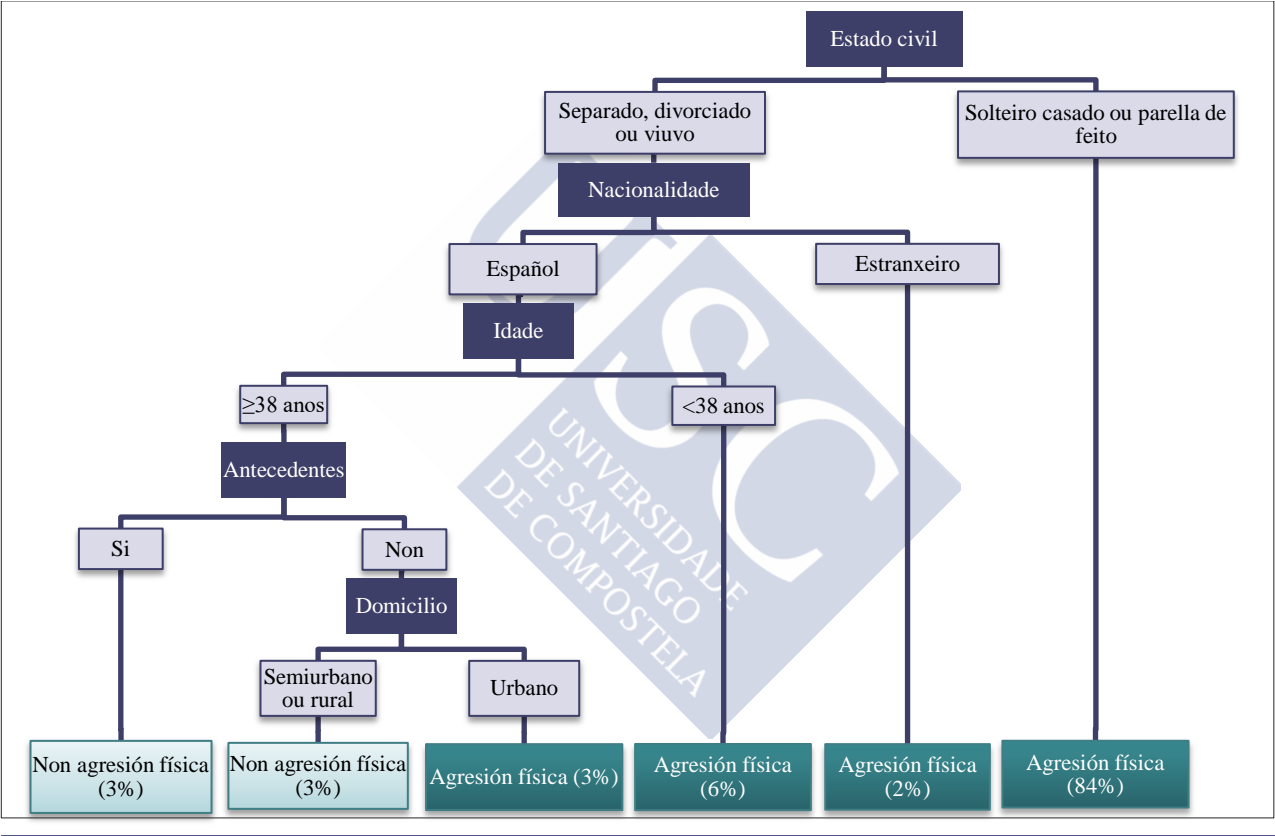


Figura 4.20. Tipos de homes segundo a existencia ou non de agresión física

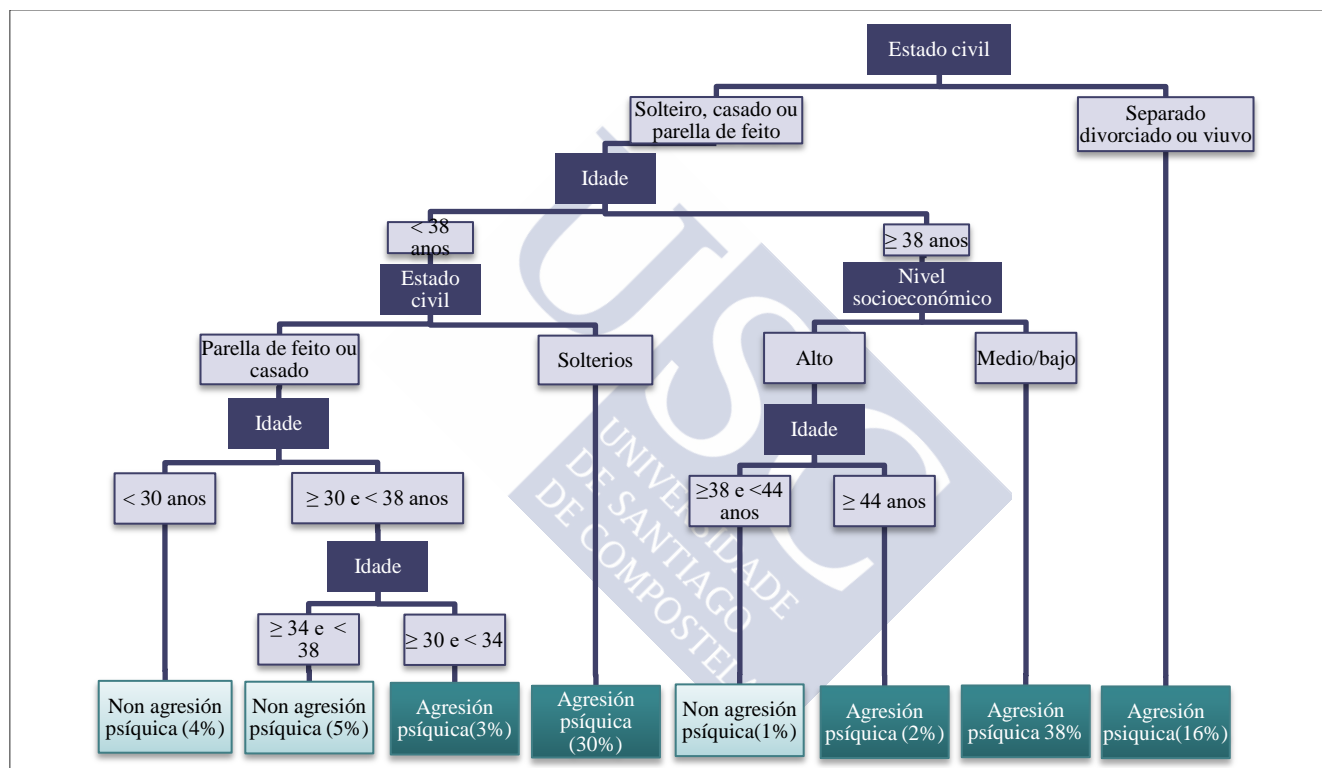


Figura 4.21. Tipos de homes segundo a existencia ou non de agresión psíquica

4.3.3. Tipos de maltrato

Tendo en conta se a parella *vivía xunta* no momento no que se produciron os feitos (**Figura 4.22**), a análise amosa que cando a vítima convive co agresor, as características da violencia pódense definir en 3 grupos:

- Tipo 1: O maltrato ten lugar no domicilio (no 62% dos casos).
- Grupo 2 e 3: O maltrato prodúcese nun lugar público (tamén pode estar acompañado dalgún episodio no domicilio), algún dos dous implicados consumira alcohol ou drogas no momento dos feitos e pode comezar (nun 6%) ou non (nun 7%) por unha discusión.

Nos casos nos cales a parella non convive frecuentemente o maltrato ocorreu nun lugar público (acompañado ou non dun episodio no domicilio) e sen que a parella consumira algunha sustancia. Tamén foi común que non se especificara o lugar dos feitos nos documentos analizados nos casos en que a parella non convive.

Para definir diferentes tipos de maltrato tívose en conta tamén os *anos que durou a convivencia*: menos de 2 anos, entre 2 e 10 anos e mais de 10 anos. O análise, exposto na **Figura 4.23**, amosa 13 tipos diferentes:

- Tipos de maltrato en relacións de parella *menores de 2 anos*:
 - Tipo 1 (4%): Prodúcese un intento de estrangulación nun lugar público (tamén pode estar acompañado dalgún episodio no domicilio).

- Tipo 2 (9%): O maltrato prodúcese nun lugar público (tamén pode estar acompañado dalgún episodio no domicilio). Non existen agresións previas nin intentos de estrangulación.
- Tipo 3 (2%): O maltrato ten lugar no domicilio e prodúcese un intento de estrangulación, sen testemuñas e sen que o detonante fora unha discusión.
- Tipo 4 (5%): O maltrato ten lugar no domicilio sen testemuñas, algún dos implicados estaba baixo o efecto de algunha sustancia e a vítima sufriu un mecanismo de abuso físico menor. Non se produciron nin ameazas nin intentos de estrangulación.
- Tipos de maltrato en relación de parella de entre **2 e 10 anos:**
 - Tipo 1 (16%): O maltrato ten lugar nun lugar público (tamén pode estar acompañado dalgún episodio no domicilio). Non se produciu un intento de estrangulación e existen agresións previas.
 - Tipo 2 (4%): Tras unha discusión, prodúcese un intento de estrangulación no domicilio e sen a presenza de terceiros.
 - Tipo 3 (4%): Prodúcense ameazas no domicilio, sen testemuñas.
 - Tipo 4 (3%): O maltrato prodúcese no domicilio e sen intentos de estrangulación, ameazas, mecanismo de abuso físico menor ou agresión psíquica.
 - Tipo 5 (15%): A muller é vítima de 2 ou mais mecanismos lesivos no domicilio, en presenza de terceiros. Non refire insultos nin humillacións.
- Tipos de maltrato en relacións de parella maiores de **10 anos:**
 - Tipo 1 (6%): O maltrato consiste nun mecanismo de abuso físico menor, ningún dos implicados estaba baixo os efectos de algunha

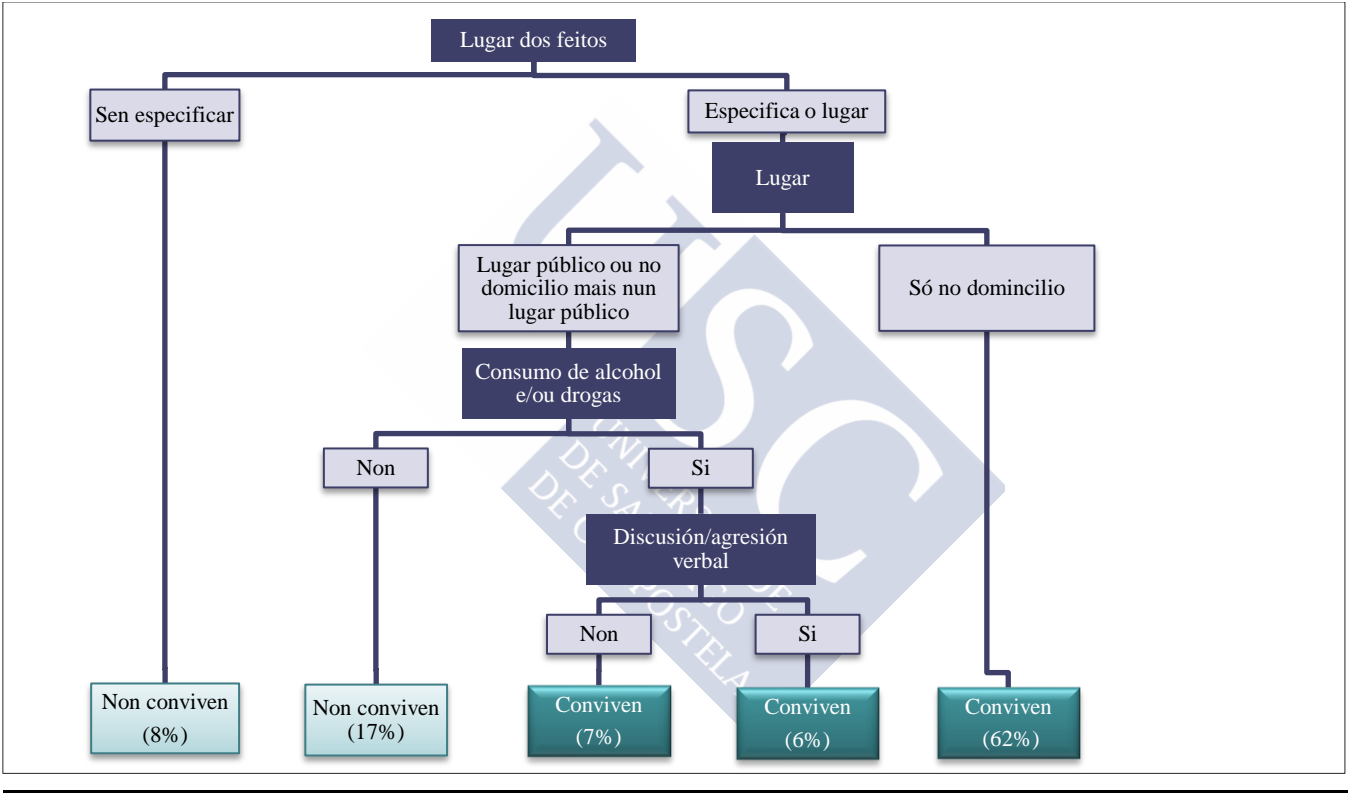


Figura 4.22. Tipos de maltrato segundo a convivencia ou non da parella

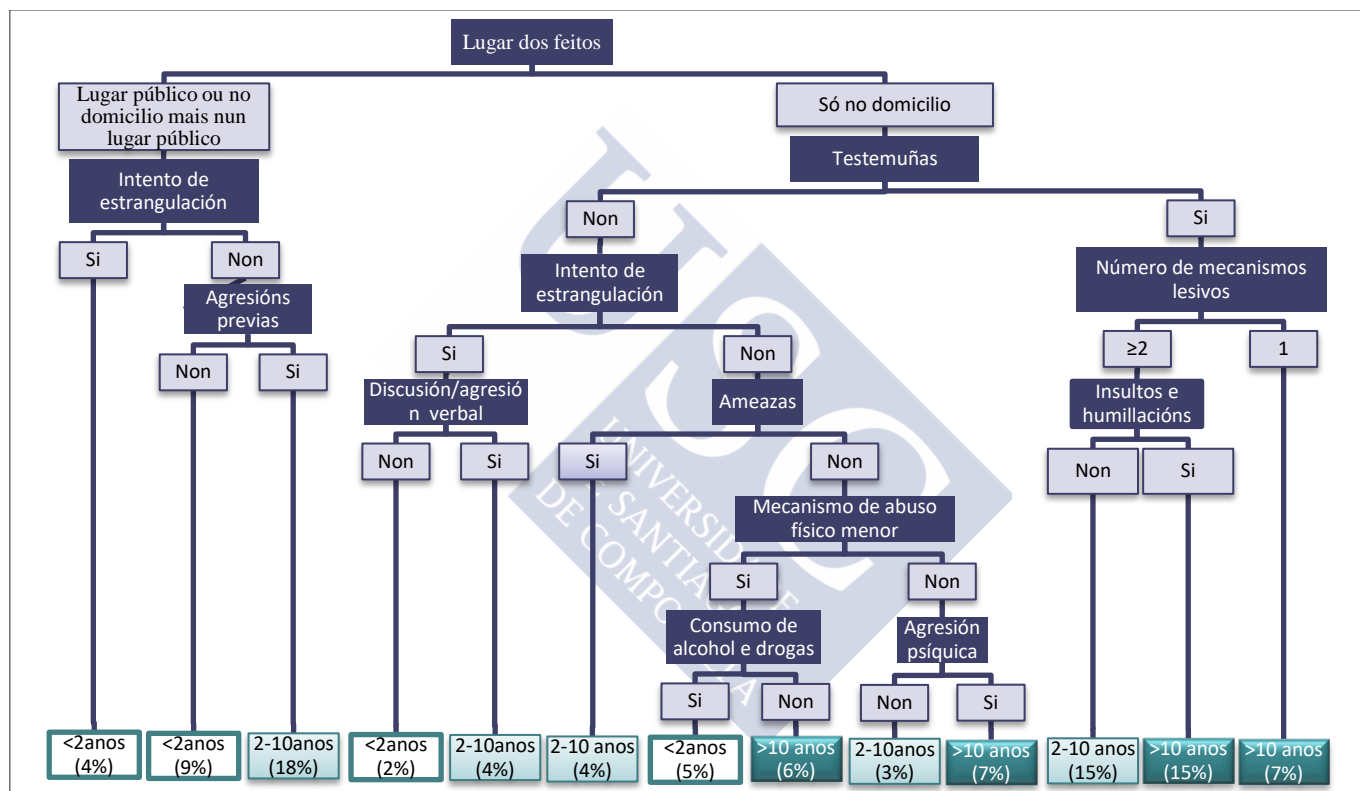


Figura 4.23. Tipos de maltrato segundo os anos de convivencia

sustancia, non se producen ameazas nin intentos de estrangulación e ten lugar no domicilio, sen testemuñas.

-Tipo 2 (7%): O maltrato ten lugar no domicilio, sen testemuñas e consiste nunha agresión psicolóxica (sen intento de estrangulación, nin ameazas e nin mecanismo de abuso físico menor).

-Tipo 3 (15%): O maltrato perpétrase no domicilio, con testemuñas e asóciase 2 ou mais mecanismos lesivos, entres eles os insultos e as humillacións.

-Tipo 4 (7%): O maltrato ten lugar no domicilio, con testemuñas e a muller sofre so un mecanismo lesivo.

Realizouse tamén este análise tipolóxico coa finalidade de diferenciar as características do maltrato dependendo de si este ten como consecuencia ou non unha *lesión física* (*Figura 4.24*). O análise amosa que a principal variable que define esta tipoloxía é se a vítima recibe ou non asistencia sanitaria. Así, partindo desta variable define que o 49% das mulleres que reciben asistencia sanitaria teñen unha lesión física. O outro grupo, a pesar de non recibir asistencia sanitaria nun primeiro momento, contou cunha valoración forense, que amosou lesións físicas en 2% dos casos.

4.3.4. Tipo de lesións

Tomando como variable de interese a necesidade de *tratamento médico*, o análise amosa que foi fundamental o número de lesións. Cando a muller presenta mais de unha lesión, o 48% precisa tratamento médico. Aquelas que non presentan lesións pero si algunha afectación psicolóxica tras a agresión supoñen o 2% das que precisan tratamento (*Figura 4.25*).

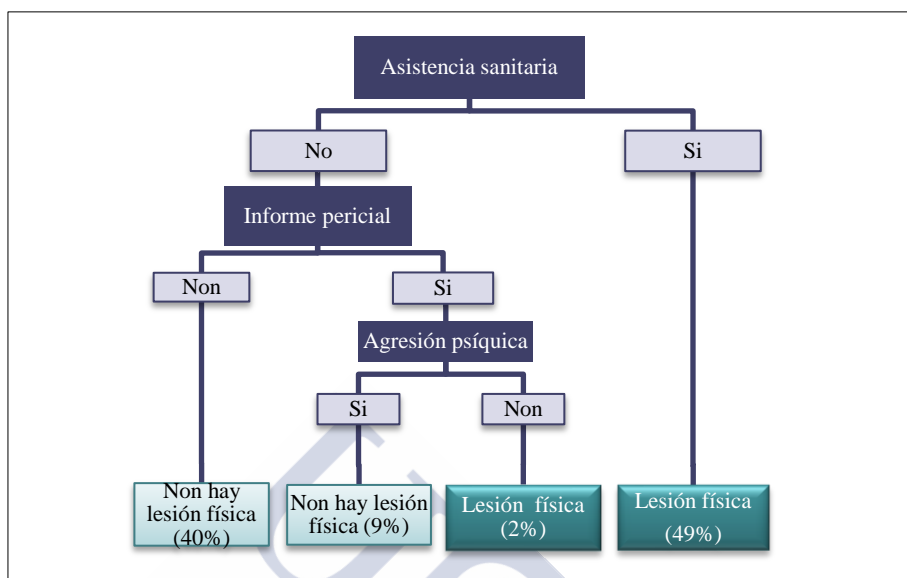


Figura 4.24. Tipos de maltrato segundo a existencia ou non de lesión física

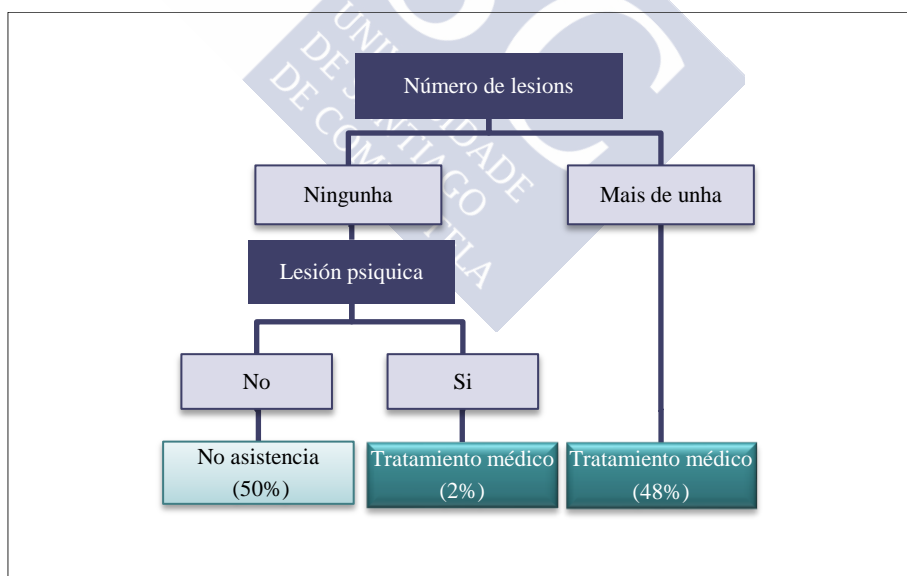


Figura 4.25. Tipos de lesións segundo se precisaron ou non tratamento

4.3.5. Tipo de seguimento medicolegal

Tendo en conta o fallo xudicial, podemos destacar que a variable relacionada coa abordaxe medicolegal que maior influencia tivo foi o informe pericial. Así, diferenciáronse dous grupos de casos que terminaron coa condena do acusado: aqueles que contan cun informe pericial (supoñen o 52%) e aqueles que dispoñen deste informe e nos cales a muller recibe a asistencia sanitaria calquera día da semana excepto un luns (supoñen o 45%) (*Figura 4.26*).

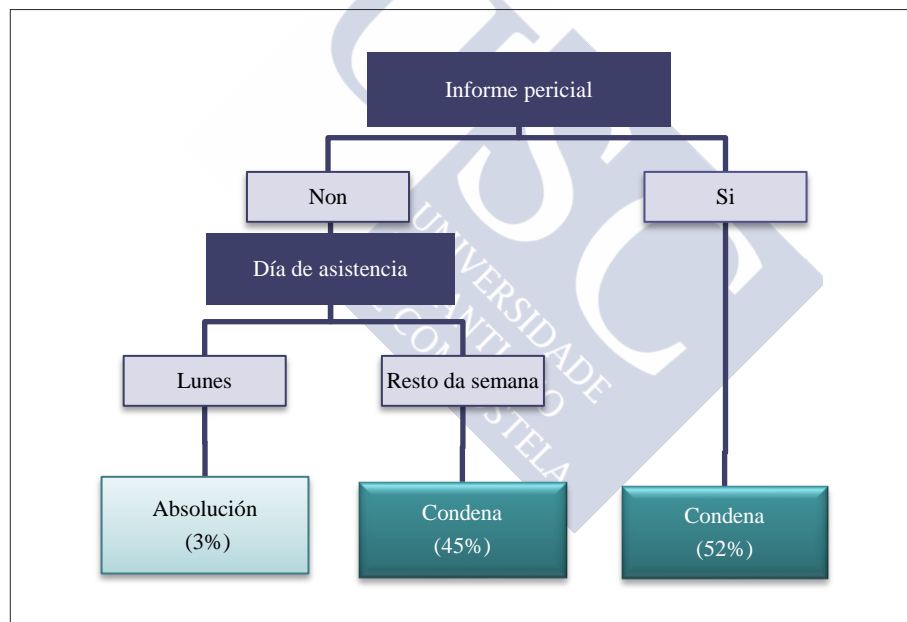


Figura 4.26. Tipos seguimento medicolegal segundo o fallo xudicial

4.3.6. Tipos de rol da vítima durante o xuízo

A principal variable que define o comportamento da vítima durante o xuízo, segundo o *fallo xudicial*, foi a modificación ou rectificación do testemuño inicial (*Figura 4.27*). Partindo deste diferéncianse 3 tipos de comportamentos asociados ao fallo condenatorio do xuíz:

- Tipo 1: Mulleres que non rectificaron ou modificaron o seu testemuño inicial (supoñen un 91%).
- Tipo 2: Mulleres que rectificaron ou modificaron o testemuño e ademais decidiron retirar a denuncia (1%).
- Tipo 3: Mulleres que rectificaron ou modificaron o testemuño, non decidiron retirar a denuncia e si contaban con apoio familiar durante o xuízo, ben á hora de interpoñer a denuncia ou testificar (6%).

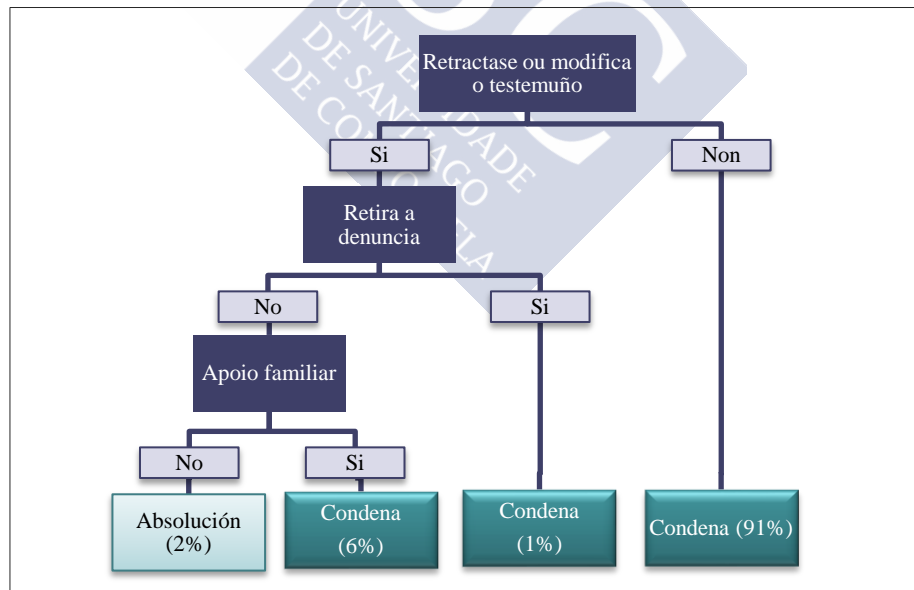


Figura 4.27. Tipos de rol da muller durante o xuízo segundo o fallo xudicial



5.

Discusión



5. DISCUSIÓN

Entre os anos 2005 e 2012 foron clasificados como violencia de xénero, na Fiscalía de Área de Santiago de Compostela, 580 casos, cunha media de 72,5 casos por ano. Púidose observar un aumento progresivo do número de casos neste período, agás no ano 2012 no que se produciu un descenso importante, rexistrándose a metade de casos que no ano anterior. A esta diminución puideron contribuír distintos factores, entre eles a recesión económica producida en España a partir do ano 2008, que desencadeou un aumento da pobreza e das desigualdades sociais, producíndose un importante aumento do desemprego (do 9,6% en 2008 ao 26% en 2013)¹²⁶. *Torrubiano-Domínguez et al.*²⁰⁶ destacan que a crise vivida en España durante este período puido poñer ás mulleres nunha situación difícil, véndose de algunha maneira obrigadas a soportar a violencia por parte das súas parellas. Polo tanto, tal e como apuntan varios autores^{126,206}, a diminución do número de casos non quere dicir que se producira unha redución da violencia de xénero, se non que pode tratarse dun aumento dos casos ocultos.

No estudo aquí presentado inclúense expedientes cualificados como violencia de xénero pola Fiscalía, dos cales non todos foron confirmados pola sentenza xudicial. Nesta serie, 7 de cada 10 concluíron con sentenza condenatoria, porcentaxe similar á obtida no

estudo realizado por *Morillas et al.*¹⁰⁵, cunha porcentaxe de sentencias condenatorias entre o 70% e o 80%. Hai que ter en conta que os casos con fallo absolutorio non poden ser descartados como casos de violencia de xénero, xa que este puido ser debido á falta de probas.

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO

Os resultados deste estudo confirman a natureza heteroxénea da violencia de xénero, que pode afectar a mulleres e homes de características diversas, aínda que cómpre destacar unha serie de rasgos asociados aos mesmos, en consonancia co exposto por diferentes autores^{2,18,68,70}. Nos seguintes apartados, comentaranse as principais características das mulleres, dos presuntos agresores e da relación de parella, en relación co descrito na literatura.

5.1.1. Características da muller

Considerase que a violencia de xénero é mais común en mulleres mais novas, diminuindo a súa prevalencia coa idade^{44,76,123}. Numerosos estudos poñen en manifesto que nas idades extremas apréciase un menor número de casos de maltrato^{59,68,100}. Na presente investigación, a pesar do amplo rango de idade, a maioría das mulleres teñen entre 21 e 50 anos, e a media sitúase na trintena, en concordancia coa maioría de autores^{90,100,101}. Noutros estudos^{49,105} a media de idade supera os 40 anos. En todo caso, a media é inferior á da poboación feminina galega, que no ano 2011 era de 47,8 anos²⁰⁷.

No referente ao estado civil da muller, a literatura presenta resultados contraditorios. Tradicionalmente, considerouse que o

matrimonio formal supoñía un factor protector e estar solteira, separada ou divorciada, un factor de risco^{49,83,84}. Porén, existen estudos nos cales a porcentaxe de mulleres casadas é importante^{48,69,208} e mesmo investigacións recentes postulan o matrimonio como un factor de risco que conduce a unha maior victimización⁷⁶. No presente estudo os resultados amosan unha porcentaxe superior de mulleres casadas, aínda que con cifras importantes de solteiras, o que parece indicar que o estado civil ou a formalización da relación non é un factor determinante.

A inmigración é unha das principais características asociadas á violencia de xénero. A pesar de que a maioría das mulleres do presente estudo son españolas, destaca o número de estranxeiras que supón cerca do 17%, en concordancia con outras publicacións nacionais^{101,140}. Trátase dunha cifra importante se a comparamos coa porcentaxe de estranxeiras residentes en Galicia que, segundo o Instituto Galego de Estatística (IGE), no ano 2011 era do 4%²⁰⁹. Esta información débese de ter en conta á hora de deseñar e realizar estratexias de apoio. Ademais de estar enfocadas á poboación xeral, débese ter en conta a situación de especial vulnerabilidade na que se encontran as mulleres estranxeiras.

O presente estudo permitiu asociar determinadas características demográficas a este colectivo, como unha menor idade, estar solteira ou residir nun entorno urbano. Por outro lado, o grupo de mulleres españolas relacionouse cunha maior idade, estar casada, maior número de fillos e convivencia de longa duración, entre outras. Pódese afirmar, polo tanto, que a violencia de xénero en mulleres españolas prodúcese frecuentemente no contexto de núcleos familiares e relacións mais estables e duradeiras, o que parece indicar que pode

deberse ao deterioro da relación por diversos factores como os anos de convivencia ou as cargas familiares.

En canto ao lugar de residencia, o presente estudo amosa que a maior parte das mulleres residían nun entorno urbano, entendido como aquela poboación que supera os 10.000 habitantes. Aínda que se trata dunha variable que depende moito do nivel de urbanización da zona, diversos estudos previos tamén describen unha maior probabilidade de abuso nas áreas urbanas^{72,135,210}. Pola contra, outras investigacións amosan unha maior prevalencia no medio rural⁹⁵ e mesmo destacan que nesta zona existe unha maior probabilidade de seren asasinadas⁹⁶.

Os datos referentes ao nivel educativo das mulleres amosan unha distribución similar nos tres niveis, pero non permiten extraer conclusións válidas xa que este dato constaba en moi poucos expedientes. A literatura destaca que o maltrato se manifesta con maior frecuencia naquelas mulleres cun nivel educativo baixo^{69,90}, supoñendo un factor de risco de sufrir violencia de xénero⁴⁹. Porén, outros non atoparon unha relación entre o nivel de educación da muller e ser vítima de violencia de xénero²¹¹.

No tocante a ocupación laboral, o desemprego considérase un factor de risco para as mulleres xa que, en moitas ocasións, esta situación limita as súas posibilidades de abandonar aos agresores⁹⁶. Diversos estudos sinalan que na maioría dos casos as vítimas se atopan nunha situación de dependencia económica (amas de casa ou desemprego)^{47,126}. En cambio, na presente investigación a pesar de que o grupo de desempregadas, amas de casa e estudantes supuxo unha cifra considerable, a maioría das mulleres tiñan un traballo remunerado, aínda que predominando os de baixa cualificación. De

forma semellante, outros estudos tamén amosan porcentaxes importantes, de ata case o 80%, de mulleres empregadas²¹⁰.

A pesar do traballo remunerado, o nivel socioeconómico era baixo na maioría dos casos, concordando coa literatura^{99,100}. A importancia desta característica púidose comprobar na análise tipolóxica realizada que amosa como perfil de vítimas mais prevalente o dunha muller cun nivel socioeconómico baixo ou descoñecido. A literatura considera que unha baixa autonomía económica da muller supón un factor de risco que aumenta a victimización^{65,75,84,212}. Porén, outras investigacións destacan un maior risco nas mulleres con ingresos superiores aos homes debido aos sentimentos de inferioridade e dependencia que xera neles²¹¹. Trátase dun rasgo dependente da cultura. Na nosa sociedade actual, sería mais preciso considerar que inflúe sobre todo a desigualdade de ingresos entre mulleres e homes, o que foi confirmado nun estudo que describe maior probabilidade de violencia de xénero naquelas rexións nas cales existe maior desigualdade salarial entre sexos¹²⁶. Na presente serie, a pesar de que os resultados non son concluíntes, pódese destacar unha maior porcentaxe de homes cun nivel alto e medio en comparación coas mulleres.

As características que se acaban de describir (desemprego, escasa cualificación e nivel de ingresos baixo), tradicionalmente asociadas ás vítimas de violencia de xénero^{5,69,75,86,92}, e presentes nunha alta porcentaxe das mulleres incluídas neste estudo, non se relacionaron cunha sentenza condenatoria. O que poñen de manifesto é unha situación de dependencia económica da muller que, en moitos casos implica que decida continuar a relación a pesar da violencia. A tenor dos datos presentados neste estudo, parece necesario aumentar a

visibilidade dos recursos e axudas que a LOVX contempla para as mulleres a través, por exemplo, de campañas de publicidade.

Estudos previos destacan unha maior prevalencia de maltrato nas mulleres con fillos^{69,123,213}, sendo mais común naquelas cun maior número de fillos ao seu cargo^{5,75,100}. Incluso demostrouse relación entre ter fillos e o maltrato psicolóxico⁴⁹. No presente estudo, e coincidindo con outros autores^{48,75,86}, 7 de cada 10 mulleres tiñan fillos. En mais do 15% dos casos o número de fillos era de tres ou mais e a media de fillos por muller foi superior a un. O número de mulleres embarazadas no momento da agresión foi baixo, o 2% da mostra. O embarazo supón unha etapa de especial vulnerabilidade para a muller, na que o abuso non cesa e incluso se incrementa¹⁰⁵. Os estudos amosan resultados moi dispares, desde o 14% e ata incluso o 68% de mulleres que sofren abusos durante esta etapa^{44,105,214}.

En canto ao consumo habitual de sustancias, principalmente o alcohol, estudos previos descríbennos como un dos principais factores de risco^{94,108,110,119}. Considérase que o consumo de alcohol por parte da muller reduce a capacidade de protexerse e evitar unha situación violenta¹¹⁵. Os resultados deste estudo amosan un consumo parecido de alcohol e estupefacientes, aínda que so se dispoñía desta información no 20% dos casos. Estudos empíricos que analizaron tamén o consumo de sustancias por parte da vítima destacan unha porcentaxe baixa¹²³. A análise comparativa realizada amosa unha importante diferenza dependendo da sustancia consumida. O consumo de estupefacientes relacionase con relacións mais curtas e menor idade, tanto da muller como da súa parella. Pola contra, o consumo habitual de alcohol asóciase a unha maior idade tanto da vítima como do agresor e a relacións e maltratos de longa duración. Isto leva a

pensar, tal e como apunta a OMS²¹⁵, que o consumo de alcohol por parte da muller pode ser unha consecuencia da relación violenta e supoñer unha estratexia de afrontamento e non un factor causal.

Os datos referentes ao estado de saúde da muller incluídos nos expedientes son escasos. Aínda así, púidose constatar que cerca do 24% das mulleres presentaban algunha patoloxía psiquiátrica. Estudos previos destacan a peor saúde mental destas mulleres^{44,142} e mesmo que a presenza de algunha patoloxía psiquiátrica aumenta tres veces mais a probabilidade de ser vítima desta violencia⁴⁴.

En resumen, os datos expostos reflicten diversos rasgos da vítima o que indica que as campañas de prevención e apoio deberían estar dirixidas á poboación feminina en xeral, pero prestando especial atención a certos colectivos como as mulleres estranxeiras, desempregadas ou con escasos recursos.

5.1.2. Características do presunto agresor

Os estudos que analizan as características dos agresores son mais escasos que os referidos ás vítimas. Considérase que a maioría son novos, menores de 40 anos, pero como salienta *Morillas et al.*,¹⁰⁵ cunha media de idade algo superior á das mulleres. Coincidindo con publicacións previas^{94,100,109,110,119}, neste estudo a media encóntrase en torno aos 30 anos; idade inferior á media dos homes en Galicia que, segundo o INE, no ano 2011 era de 44,6 anos²⁰⁷. A análise tipolóxica realizada amosa a influencia da idade á hora de definir o perfil de agresor, que correspondería a homes con mais de 20 anos.

O presente estudo amosa unha porcentaxe similar de homes casados e solteiros. Outros destacan un predominio de casados¹¹⁰ e aqueles que analizan as características de homes condenados por violencia de xénero ou homes en programas de reinserción amosan maiores porcentaxes de solteiros, separados ou divorciados^{120,121}, resultado esperado xa que trala condena é común que a parella remate coa relación. Na análise tipolóxica realizada o estado civil é unha das principais variables que explica os diferentes tipos de agresores. O perfil de homes que infrinxen maltrato físico á muller soen estar solteiros, casados ou ser parella de feito, independentemente do resto de características, mentres que nos casos de homes separados ou divorciados que exercen violencia física contra a muller inflúen outros factores como ser estranxeiro, ter menos de 38 anos ou residir nun entorno urbano. Nos casos de agresión psicolóxica, o estudo tipolóxico amosa que nunha alta porcentaxe de casos (30%) o agresor estaba solteiro e tiña menos de 38 anos. Este dato coincide coa literatura que destaca a violencia psicolóxica como a forma de violencia mais habitual durante o noivado e nas parellas novas^{216,217}.

A porcentaxe de homes estranxeiros foi do 14%, cifra inferior á descrita en estudos previos nos que se describe un 30% e 40% de agresores orixinarios doutros países^{100,119}. Aínda así, trátase dun dato importante tendo en conta que a porcentaxe de homes estranxeiros residentes en Galicia no ano 2011, segundo o IGE, foi do 3,91%²⁰⁹, posiblemente debido a que Galicia acolle unha pequena porcentaxe (1,9%) dos inmigrantes residentes en España²⁰⁷. En canto ao país de procedencia, a maioría son latinoamericanos, o que concorda cos datos doutros autores^{100,218}. Estudos previos describen diferenzas significativas segundo a nacionalidade do agresor de algunhas

características sociodemográficas como maior idade, mais ingresos, menor nivel de estudos e maiores taxas de desemprego nos nacionais²¹⁹. Estes resultados están en concordancia cos obtidos na presente investigación donde se puido confirmar unha relación entre a idade e a nacionalidade do presunto agresor, sendo maiores os nacionais. No citado estudo non se encontrou unha relación significativa entre a nacionalidade e o estado civil, porén nesta serie comprobouse relación entre a nacionalidade española e o estado civil casado así como ser estranxeiro e estar solteiro. Diversos estudos vincularon o consumo de alcohol ao colectivo de inmigrantes^{131,219} o que non se pudo corroborar no presente estudo.

Aínda que non se puido constatar o nivel de estudos do presunto agresor en gran parte da mostra, observouse unha porcentaxe superior no nivel educativo baixo, en consonancia con outras publicacións que sinalan maior frecuencia de agresores sen estudos ou con estudos primarios^{100,110,121,125}. A maioría de publicacións salientan que os agresores habitualmente realizan traballos de baixa cualificación ou están no paro, sinalando que o desemprego masculino supón un factor de risco de violencia cara a parella^{90,126} e de femicidio²²⁰. Sen embargo, na presente serie, a porcentaxe de homes con ocupación era case o dobre que a de desempregados, aínda que predominaron traballos pouco cualificados. Outros estudos empíricos destacan tamén unha alta porcentaxe de agresores con emprego remunerado¹²³.

Mais da metade dos homes residía nun entorno urbano e contaba cun nivel socioeconómico baixo, o que está en consonancia con outros autores^{94,100,125}. Aínda que esta característica se identificou como un posible factor que incrementa o risco de maltrato, hai autores

que consideran que a evidencia empírica é insuficiente para establecer unha asociación causal^{124,128}. O presente estudo, non amosa unha relación entre o fallo condenatorio e o nivel socioeconómico.

Como xa se comentou anteriormente, o consumo habitual de sustancias no contexto deste tipo de violencia foi obxecto de múltiples investigacións. Diferentes autores consideran que o consumo por parte do agresor, sobre todo de alcohol, incrementan a probabilidade de episodios abusivos^{94,108,110,127}, aínda que outros sinalan a falta de evidencia científica para consideralo un factor causal¹²³. No que sí coincide a gran maioría é que o alcohol aumenta a frecuencia e gravidade da conduta violenta, actuando como un factor desinhibidor e facilitador da violencia^{94,108,110,127}. O presente estudo amosa que o 43% dos homes consumía alcohol, ben de forma illada ou combinado con outras sustancias. Estudos previos amosan porcentaxes inferiores (32-38%) de bebedores habituais^{105,123}. En canto ao consumo de sustancias estupefacientes, nesta serie foi mais común o abuso combinado co alcohol. O consumo illado de drogas supuxo menos do 10% dos casos, cifras inferiores ás descritas noutras investigacións^{120,123}. Na análise comparativa puidemos comprobar que o consumo habitual de alcohol asóciase a relacións mais estables (parellas maiores, casadas ou de feito) que conviven durante mais anos, habitualmente cos fillos, nunha vivenda da súa propiedade. Pola contra, o consumo de estupefacientes relacionouse con relacións mais inestables: parellas xoves, solteiras, sen fillos que, no caso de convivencia, non comparten a vivenda con terceiras persoas e viven principalmente en réxime de aluguer. A tenor dos presentes datos, cabe destacar a necesidade e importancia de aumentar as campañas de prevención de consumo de alcohol e drogas, xa que unha diminución

do consumo nos colectivos de risco, repercutiría indirectamente na incidencia deste problema. Tamén sería convinte ter en conta esta información á hora de propoñer medidas de tratamento ou rehabilitación dos maltratadores.

Outro dos aspectos mais estudados na literatura son as características psicolóxicas e de personalidade dos homes que agriden ás súas parellas ou ex parellas sentimentais. Os trastornos mentais son relativamente pouco frecuentes, afectando non mais do 20-30%^{9,121,129}, o que está en concordancia cos datos do noso estudo no que se constatou que cerca do 23% tiñan unha patoloxía psiquiátrica diagnosticada. Outros autores presentaron porcentaxes mais baixas, en torno ao 10%¹²³. Existen tamén estudos que destacan diversas características de personalidade como a baixa autoestima, a inseguridade, a impulsividade ou a dependencia emocional^{21,221}. Diversas investigacións destacan que o 30% dos agresores presentan un perfil agresivo e contan con antecedentes de violencia noutras relacións de parella ou con persoas do seu entorno^{100,221}. No presente estudo constatouse que mais da metade dos presuntos maltratadores presentaban un compoñente de personalidade agresivo ou violento, asociándose nalgúns casos a outros trazos de tipo inestable, ansioso ou celoso. Esta alta porcentaxe pode ser debida a que os datos foron extraídos principalmente a partir de declaracións, atestados ou informes e non de tests ou instrumentos estandarizados de avaliación psicolóxica.

Debemos destacar que 1 de cada 3 homes incluídos no estudo contaba con antecedentes penais, porcentaxe moi parecido ao exposto por outros autores^{110,122,123}. Isto pon de manifesto a posible reincidencia dos agresores (cerca do 10% tiñan antecedentes por

delitos de violencia de xénero) e a posible existencia dun perfil delituoso e conflitivo.

O presente estudo evidencia que os homes que maltratan as súas parellas presentan características moi variadas, destacando algunhas como a inmigración ou o consumo de sustancias. Polo tanto, ademais de dirixir á poboación xeral as campañas de información, é importante incidir nos colectivos máis vulnerables. A educación na igualdade dende a infancia e adolescencia así como a aprendizaxe de que a violencia non debe ser usada como un método para resolver conflitos son medidas preventivas indispensables.

5.1.3. Características da relación de parella e o seu contexto

A análise da relación de parella e seu contexto amosa que a violencia é mais común cando a vítima reside co agresor e a convivencia é frecuentemente duradeira, o que está en sintonía con outras investigacións^{5,47,86,100}. Púidose comprobar que unha porcentaxe importante de parellas vivían acompañadas. A presenza de terceiras persoas no fogar supón un elemento de stres engadido e considérase un factor de risco⁷⁶. Ademais, indica que a violencia non só está repercutindo na muller, se non que outros poden verse afectados de maneira directa ou indirecta, sobre todo menores. Estes, segundo o presente estudo e investigacións previas^{69,100}, son o principal colectivo que convive coa vítima no momento da agresión. O feito de que os fillos convivan coa parella de forma habitual, a alta porcentaxe de mulleres con fillos, así como as serias consecuencias para eles e a posibilidade de que tamén sexan vítimas directas do maltrato, fai preciso afondar no estudo da victimización sufrida por

este colectivo e de proceder, sobre esa base, á implementación de programas específicos de asistencia e protección a estes menores.

Cómpre destacar que ningunha característica sociodemográfica do home ou da muller foi decisiva na decisión do xuíz de absolver ou condenar ao acusado. O desenlace do proceso vai estar influenciado principalmente por outros factores como as características e circunstancias da propia violencia, as probas documentais ou o comportamento da muller, que se comentarán a continuación.

5.2. A VIOLENCIA E AS SÚAS CIRCUNSTANCIAS

A violencia de xénero presenta unhas características que a diferencian doutras agresións. Neste apartado vanse definir e contrastar coa literatura as características e circunstancias da violencia.

O presente estudo pon de manifesto o carácter multifactorial así como a cronicidade da violencia de parella contra a muller. Coincide coa maioría de autores que destacan que a violencia de xénero habitualmente se prolonga durante mais de 5 anos^{47,75,105,137}. Ademais, os resultados amosan que a súa duración vese afectada polo historial aditivo dos implicados. O consumo habitual de alcohol, tanto por parte do home como da muller, relacionouse cunha maior duración do maltrato o que podería estar relacionado co feito de que en moitas ocasións a muller xustifique os episodios violentos considerándoos unha consecuencia do consumo, decidindo non denunciar ata pasados anos.

En case a metade dos casos o maltrato comezou tras unha discusión de parella. Existen estudos que destacan a discusión verbal como un factor de risco de violencia de xénero²²². Na análise tipolóxica realizada a presenza dunha discusión ou dunha agresión verbal foi un factor importante que define, aínda que nunha baixa porcentaxe, a violencia sufrida polas vítimas que conviven coa súa parella, así como aquelas cunha convivencia entre 2 e 10 anos de duración, o que apoia o argumento de que segue persistindo o uso da violencia como método para solucionar os problemas. Diversos autores consideran que o agresor usa a violencia pola incapacidade de afrontar os conflitos de maneira pacífica¹⁰⁵. Polo tanto, resulta fundamental ensinar dende as primeiras etapas da vida habilidades sociais e métodos para resolver conflitos, e así previr o uso da violencia na etapa adulta.

En canto ao tipo de maltrato, os resultados mostran que o mais común é a combinación de violencia física e psicolóxica, o que coincide coa literatura dispoñible^{65,75,83,117,140,223}. Aínda que diversas investigacións destacan o maltrato físico de maneira illada como o mais prevalente^{103,136,224} e outras, o abuso psicolóxico^{46,90,105,109,144}. Nos casos estudados a prevalencia de maltrato físico foi algo superior, aínda que sen moitas diferenzas entre os dous tipos de abuso.

No referente aos mecanismos de abuso, tal é como apuntan *Sheridan e Nash*¹⁵⁰, é complicado realizar unha comparativa coa literatura xa que non existe un método estandarizado para describir cómo se producen as lesións. Estudos previos constatan que frecuentemente se combinan varios mecanismos lesivos^{208,225}, ao igual que na presente serie, na cal 7 de cada 10 mulleres sufriron mais dun mecanismo violento. Podemos destacar que o uso de varios

mecanismos lesivos foi mais frecuente no caso de relacións violentas largas xa que a análise tipolóxica amosa unha porcentaxe importante de maltratos con dous ou mais mecanismos lesivos en relacións que duraron entre 2 e 10 anos e tamén en relacións de mais de 10 anos.

Considérase que golpear coa man, xa sexa co puño aberto (labazadas) ou cerrado (puñadas), son a principal forma de abuso físico^{46,87,208,226}, porén estas formas de agresión física ocupan o terceiro e o cuarto lugar, respectivamente, no presente estudo. O mecanismo mais común foi empuxar á muller, presente na metade dos casos, coincidindo así con outros estudos que recollen como principal mecanismo empuxar ou agarrar á muller^{105,142,225}. No 15% dos casos da nosa serie utilizáronse manobras de estrangulación. A literatura amosa estudos con cifras mais baixas^{142,208}, e outras maiores (25% dos casos) deste mecanismo axfíctico¹⁰⁵. Ao igual que no presente estudo, investigacións previas destacan que os rabuños e as dentadas non son frecuentes²²⁵. En canto aos mecanismos de agresión psicolóxica, os insultos foron a principal forma de abuso, o que coincide coa literatura^{46,105}. O uso de instrumentos foi mais común para ameazar a muller que para causar unha lesión física, tal e como tamén destacan outros autores²²⁷.

As características do maltrato constituíron un factor importante para a decisión xudicial. A análise comparativa amosa unha relación entre a condena do agresor e os casos de violencia física, así como aqueles nos que se utilizaron mecanismos de abuso maior ou a destrución de obxectos para intimidala. Isto pode deberse a que estas circunstancias xeran, na maior parte dos casos, elementos probatorios suficientes, tanxibles e obxectivos, como partes de lesións ou informes policiais. O feito de que a muller fora insultada ou humillada tamén se

asociou aos casos de condena. A pesar de que é difícil comprobar obxectivamente este tipo de abuso, débese ter en conta que nos casos de sentenza condenatoria foi significativo a existencia dun maior número de mecanismos lesivos. Polo tanto, o mais probable é que xunto cos insultos ou as humillacións concorreran outros mecanismos lesivos que facilitaron a probación do delito.

O contexto no que se produce o feito delituoso tamén xoga un papel fundamental nos casos de violencia de xénero. A maioría da literatura destaca que ocorre fundamentalmente no domicilio familiar^{93,103,105,110,154,170}, o que coincide co presente estudo, que ademáis asocia este escenario aos casos con sentenza condenatoria. A análise tipolóxica describe o domicilio como a principal característica do contexto violento en casos de convivencia e tamén cando esta foi prolongada (mais de 10 anos). So 3 de cada 10 casos se produciron nun lugar público, o que coincide con outros estudos, que amosan porcentaxes próximos ao 25%¹⁷⁰. Cando os feitos tiveron lugar nunha zona pública tratouse principalmente da calle ou un local de ocio, o que está en consonancia co descrito por outros autores¹⁰⁵. Estes datos confirman que a violencia de xénero é un problema producido na intimidade^{8,93,105}. Porén, os resultados amosan tamén a presenza de terceiras persoas no momento da agresión nun importante número de casos (6 de cada 10). A presenza de testemuñas foi fundamental para probar o delito e condenar ao agresor, resultado esperable porque poden apoiar a versión aportada pola vítima e incluso cabe a posibilidade de que estas persoas tamén foran agredidas no momento dos feitos aumentando así os cargos contra o maltratador. A alta porcentaxe de casos presenciados por terceiras persoas confirma a teses de autores como *Bodelón*¹²³, que postula que contar con persoas

ou familiares que coñezan os feitos e a súa extensión a outras persoas contribúen a que a muller denuncie.

Os datos sobre o consumo de sustancias no momento dos feitos e dos posibles factores que puideron desencadear este consumo constataron que en case a metade dos casos a muller e/ou o home estaban baixo os efectos de algunha sustancia. Na análise tipolóxica púidose comprobar que o consumo de alcohol e/ou drogas foi un dos factores fundamentais á hora de definir o maltrato nos casos de convivencia da parella. O estudo específico do consumo das mulleres veuse afectado pola falta de datos sobre esta variable nos expedientes revisados. Puidemos constatar que case o 45% dos homes estaba baixo os efectos de algunha sustancia, sobre todo alcohol, cando se produciu a agresión. Este dato coincide con investigacións anteriores^{76,105}, aínda que nalgúns estudos a porcentaxe é mais baixa, do 22%¹²³. O consumo deste tipo de sustancia por parte do agresor, a pesar de ser considerado como un elemento precipitante da acción violenta, considerase que non é suficiente para explicar o maltrato¹⁰⁵. Os datos proporcionados polo presente estudo deben ser tratados tendo en conta que a maioría foron xustificadas por declaracións testificais, sobre todo da muller, carecendo así de elementos probatorios obxectivos.

A análise comparativa evidencia que o consumo no momento dos feitos asóciase con diversas características sociodemográficas como falta de emprego masculino, nivel socioeconómico baixo, convivencia da parella, frecuentemente nun piso que comparten con familiares ou terceiros. Todos estes factores parecen indicar que unha economía precaria e inestable e os problemas da convivencia poden desencadear o consumo de alcohol e a aparición de conflitos na parella. O consumo no momento dos feitos tamén se asociou á unha

maior idade dos implicados e á un maltrato de longa duración. Ademais, o estudo permitiu establecer unha relación entre o consumo de sustancias no momento da agresión e diversas características que indican unha agresión mais grave, como o maltrato físico, maior número de lesións que precisaron asistencia médica e a súa valoración por parte dalgún servizo especializado ou tratamento cirúrxico. Estes datos coinciden coa literatura que tamén asocia o consumo de sustancias aos casos mais graves, incluso fatais, e á maior probabilidade de lesións físicas^{132,215}. Os datos poñen de manifesto que a muller pide axuda nos casos mais graves e tras varios anos de abuso, xustificando nun primeiro momento as agresión anteriores ao consumo de sustancias e a mala situación familiar (situación económica precaria, problemas á hora de atopar traballo...). Estes datos reflicten a necesidade de aumentar as campañas de sensibilización e de apoio coa finalidade de que ningunha muller chegue a ser vítima dun maltrato continuado e decida romper coa relación nas primeiras fases do abuso.

5.3. CONSECUENCIAS DA VIOLENCIA

Os efectos máis visibles e directos do abuso son as lesións físicas. O seu estudo é importante desde o punto de vista tanto clínico, como medicolegal e criminolóxico e a súa correcta valoración e documentación é esencial para o proceso xudicial. Nesta sección analizaranse as características das lesións con referencia á literatura. Tamén se analizará a súa gravidade e se fóron determinantes no desenlace do procedemento xudicial. Así mesmo, realizarase unha

análise detallada das características da asistencia sanitaria naqueles casos que a precisaron.

Segundo a OMS a metade das vítimas de violencia de xénero presentan lesións físicas²²⁸. Outros estudos constatan un rango do 43 ao 85%^{46,85,225}. Estes datos concordan cos obtidos na presente investigación, donde se constataron lesións nun 51% de mulleres. Frecuentemente tratábase de múltiples lesións, de escasa gravidade e de localización e tipoloxía variada.

En consonancia con outras publicacións^{95,162,165}, as contusións ou equimoses fóron as lesións mais prevalentes. Aquelas mais graves, como fracturas ou escordaduras, fóron menos frecuentes, ao igual que noutras series^{46,95,225}. A pesar da menor prevalencia de lesións graves, puidose comprobar que xogaron un papel significativo á hora de confirmar os feitos e condenar ao agresor. As características destas lesións (gravidade, tempo de curación ou posibilidade de deixar secuelas) poden constituír en si mesmas elementos probatorios suficientes e influír no desenlace do proceso.

Distintas publicacións, tanto nacionais como internacionais, indican que as lesións habitualmente se localizan na cabeza, pescozo e cara^{87,95,170,225,226}, describindo que aparecen nestas localizacións en entre o 50% e o 70% das vítimas^{95,167,170,225}. Porén, no presente estudo, a principal localización foron as extremidades superiores, tamén destacada por outros autores^{165,225}. Case o 50% e o 30% presentaron lesións na cara e pescozo, respectivamente, mentres que a localización menos frecuente foi a cabeza (2 de cada 10 mulleres). A pesar disto, as lesións na cabeza asociáronse aos casos con sentenza condenatoria. Esta relación significativa e o feito de que a porcentaxe de mulleres

con lesións en cabeza-pescozo-cara sexa importante apoia o argumento de diversos autores que consideran as lesións nestas zonas como un indicio de violencia de xénero¹⁶⁷. Ademais, as lesións nestas localizacións teñen graves repercusións na vida das mulleres, sobre todo na esfera psicolóxica, afectando principalmente a súa autoestima^{170,208}.

As características descritas (contusións, en membros superiores), son compatibles con lesións de defensa, tal é como apuntan outros autores^{150,208}. Estas características asóciáanse ás lesións que presentan as mulleres estranxeiras e as vítimas de homes estranxeiros. No caso de homes de nacionalidade española, foi mais común que a muller non presentara lesións visibles.

A análise da gravidade das lesións aportado polas diferentes escalas de valoración do trauma (MAIS, NIS e ISS), indica que a muller habitualmente presenta varias lesións, sobre todo cutáneas, superficiais e de baixa gravidade, similar ao descrito en estudos previos^{208,225}. Cómpre destacar que, ata donde sabemos, non existen publicacións previas que utilicen este tipo de escalas para valorar as lesións producidas no contexto da violencia de xénero. Sobre todo aplícanse na valoración de lesións traumáticas de maior gravidade producidas tras accidentes, principalmente de tráfico, pero a súa utilización neste escenario pode resultar beneficiosa porque axudan a valorar a gravidade dunha maneira obxectiva. Os valores obtidos tras a aplicación destas escalas son bastante homoxéneos, reflectindo predominio de lesións de baixa gravidade e escasa prevalencia de lesións máis serias.

A literatura destaca que entre o 25 e o 63% das mulleres maltratadas acoden a centros sanitarios en busca de axuda^{75,90,105}. No presente estudo case 1 de cada 2 mulleres precisou asistencia médica, acudindo principalmente aos servizos de urxencias, tanto hospitalarios como de atención primaria. O momento no que se produciu a asistencia non é un aspecto moi estudado polo que os precedentes son escasos. Algúns estudos destacan que se realiza maioritariamente en días laborables, sobre todo pola tarde⁹⁵ e outros que é mais común nos fins de semana¹⁶⁵, o que está en consonancia cos datos da presente investigación, na que se constatou que a asistencia se realizou sobre todo pola noite. A procura de asistencia médica despois do evento lesivo asociouse aos casos nos cales os implicados consumiran sustancias e foi máis demandada polas vítimas de homes consumidores de estupefacientes.

As mulleres precisaron sobre todo tratamento médico. O tempo medio de curación foi dunha semana e no caso de precisar baixa laboral durou de media dous días. Ningunha precisou hospitalización, en contraposición ao 11,2% das mulleres analizadas noutro estudo, que foron ingresadas²⁰⁸. Estes datos reflicten que nun primeiro momento as mulleres presentan, como consecuencia do maltrato, síntomas agudos e temporais. Poucas mulleres presentaron secuelas e, cando se produciron, foron sobre todo psicolóxicas. Estes resultados concordan coa maioría de autores que destacan a esfera psicolóxica como a mais afectada polos abusos^{54,75,80}. A pesar de que as secuelas físicas non foron frecuentes, non podemos descartar que a violencia de xénero supoña un factor de risco importante para a saúde da muller^{14,175}. A aparición de consecuencias mais duradeiras está moi relacionada coa gravidade da violencia¹¹⁸, polo que resulta esperable

que as mulleres incluídas na serie non as presenten por tratarse sobre todo de casos leves. Descoñécese a presenza de secuelas no 50% dos casos, pero compre puntualizar que os datos recollidos refírense a secuelas documentadas nos días próximos ao maltrato polo que non se poden confirmar nin descartar problemas de saúde a longo prazo como consecuencia do maltrato.

Cabe destacar que o 36% das mulleres que acudiron aos centros sanitarios foron acompañadas, sobre todo pola policía ou outras forzas de seguridade. Foi moi baixa a porcentaxe de mulleres que acudiron soas, o que parece indicar que a busca de axuda sanitaria está influenciada polo apoio co que conte a muller. Considérase que a falta de apoio social é un factor de risco^{15,48,69,117}. É fundamental aumentar a visibilidade dos servizos sociais de apoio ás vítimas de violencia de xénero e dos centros de acollida para conseguir que toda a muller afectada saiba onde acudir en busca de axuda. Ademais, compre asegurar a formación e sensibilización dos profesionais aos que, tal e como amosa este estudo, a vítima acode en busca de axuda, como os servizos sanitarios ou as forzas e corpos de seguridade do estado. É importante que coñezan as consecuencias da violencia na saúde da muller así como nas persoas próximas á vítima.

5.4. PROBAS DOCUMENTAIS

Durante un procedemento xudicial a existencia de probas documentais pode resultar fundamental no seu desenlace. De feito, na maioría dos casos de violencia de xénero, é importante que o testemuño da vítima estea acompañado de outras probas de carácter obxectivo que doten de valor probatorio á testificación da muller^{189,229}.

Polo tanto, a continuación analizarase a presenza ou non de documentos probatorios nos expedientes xudiciais, especialmente documentos medicolegais, e na análise da calidade e importancia destes durante o proceso penal.

Considerase que as principais probas de cargo son os informes médico forenses ou os partes médicos relativos a asistencia recibida pola vítima trala agresión²²⁹. Na maioría dos casos a falta de estas probas documentais levan á absolución do acusado^{146,230}. No presente estudo, en menos da metade dos casos nos cales a vítima precisou asistencia sanitaria se cubriu un parte medicolegal (partes de lesións ou partes xudiciais). Foi mais común a realización dun informe médico de primeira asistencia. A pesar da súa transcendencia, a análise comparativa amosa que ningún destes documentos resultou ser significativo na decisión do xuíz de absolver ou condenar ao acusado. É preciso destacar que estes documentos tan só proban a existencia de lesións pero non proban quen e cómo se produciron. Por tanto, sen outras probas documentais ou sen a declaración da propia muller ou de outras testemuñas poden non ser suficientes.

Non hai moitos estudos sobre o cumprimento e calidade destes documentos, porén contamos co precedente de *García-Minguito et al.*¹⁶⁶ que elaboraron e aplicaron un baremo de calidade dos partes de lesións en casos violencia de xénero. Utilizamos este baremo no presente estudo, tanto nos partes de lesións como nos informes de primeira asistencia, e púidose comprobar que unha serie de apartados, como os datos de filiación da vítima, os datos do facultativo e o tipo e localización das lesións, cumprimentábanse na maioría dos casos. Outros apartados, como a referencia as agresións previas ou o reflexo do estado psicolóxico da muller foron cubertos nunha menor

porcentaxe de casos, o que coincide cos datos do estudo realizado por *García-Minguito et al*¹⁶⁶. Comparando os partes de lesións cos informes médicos de primeira asistencia salienta que as medidas terapéuticas foron recollidas no dobre de informes médicos en comparación cos partes de lesións. Este baremo permitiu comprobar que a maioría dos documentos eran de baixa calidade. O estudo de referencia amosou tamén que a maioría dos 700 partes de lesións analizados eran de calidade intermedia ou baixa¹⁶⁶. Debemos engadir que nos documentos analizados na nosa serie foi común a utilización de símbolos e abreviaturas, moi poucos estaban escritos a ordenador e a maioría foron difíciles de ler. A porcentaxe de informes de primeira asistencia que reflectiron o prognóstico da vítima foi baixo (cerca do 6%), mentres que no 64% dos partes medicolegais este ítem estaba cuberto. Este feito pode deberse a estrutura dos diferentes documentos. Os partes de lesións e xudiciais teñen un apartado específico no cal se debe reflectir o prognóstico médico.

Os resultados obtidos destacan a necesidade de aumentar a formación dos profesionais sanitarios, insistindo na importancia dos aspectos médico-legais da asistencia sanitaria. Pode ser que a actuación e valoración que realizan sexa a adecuada pero, segundo amosa este estudo a documentación e rexistro non é correcta. Polo tanto, é preciso formar e informar tanto aos profesionais sanitarios, actuais e futuros, sobre a relevancia de rexistrar todos os aspectos valorados nos posibles casos de violencia de xénero xa que esta documentación pode servir como base en futuras valoracións periciais e, nalgúns casos, tamén poden constituír unha proba durante o xuízo. Na actualidade, a utilización crecente das novas tecnoloxías e sistemas

de rexistro electrónicos supoñen unha vantaxe xa que facilitan a claridade dos informes.

Púidose comprobar que a existencia dun informe médico de primeira asistencia se relacionou co feito de que a vítima denunciara a violencia cando tamén existía un atestado policial, polo que pode ser considerado un apoio importante á hora de denunciar os feitos. Por outra banda, a existencia dun parte de lesións relacionouse de forma negativa ca testificación da muller, é dicir, foi menos frecuente, o que pode indicar que nestes casos a muller non estaba conforme coa emisión do parte. Este resultado contribúe ao debate existente na literatura, a favor ou en conta da obriga de denuncia por parte do persoal sanitario. A pesar de ser unha obrigación legal e deontolóxica e constituír unha proba legal contra o agresor^{159,184}, moitos autores consideran que a súa emisión aumentaría o perigo da muller e a perda de confianza co profesional sanitario¹⁸⁵⁻¹⁸⁷. Os resultados mostran a necesidade de valorar a emisión ou non do parte de lesións tendo en conta as características particulares de cada caso. Ante a sospeita de violencia de xénero, con escasos indicios, no cal a muller non se reconece como vítima, sería mais efectivo por parte do persoal sanitario crear un clima de confianza e realizar un seguimento da súa situación, ademais de valorar a etapa do proceso de cambio en que se atopa e darlle toda a información pertinente sobre os servizos de apoio e axuda. A finalidade sería o empoderamento da muller para que así reconeza e decida terminar coa situación violenta e evitar tamén que posteriormente se desentenda do procedemento xudicial. A non emisión do parte, ao meu parecer, tan só estaría xustificada ante casos moi leves e moi dubidosos. No resto dos casos a emisión deste documento xunto coa información dos sistemas e recursos de apoio

dispoñibles á vítima sería a estratexia a seguir. Cómpre non esquecer que, tal e como destacan a maioría de autores e guías^{81,159,179}, a actuación sanitaria ante casos de violencia de xénero debe ter como principal obxectivo garantir a seguridade da muller.

No estudo constatouse a presenza de informes periciais no 52% dos casos. A súa importancia radica en que poden acreditar ou non, de maneira obxectiva, a existencia do maltrato denunciado e axudan ao xuíz á hora de ditar a sentenza, fixar indemnizacións ou adoptar as medidas de protección cara a muller¹⁴⁶. O presente estudo confirma que os informes periciais foron decisorios para o xuíz á hora de emitir o fallo xudicial, asociándose aos casos que terminaron coa condena do agresor. Ademais, a árbore de clasificación realizada amosa tamén a súa influencia no fallo xudicial: dos tres tipos de seguimento medicolegal o grupo de casos mais prevalente, que terminaron coa condena, correspóndese a aqueles nos que se emitiu un informe pericial.

Analizouse, ademais, a presenza e influencia no proceso de outros documentos como outros informes referidos á vítima, sobre todo relacionados con agresións anteriores ou con diversos problemas de saúde. O mais común foi a presenza de informes do presunto agresor, principalmente de atención sanitaria do día da agresión. Estes informes tamén se asociaron ao fallo condenatorio. Os resultados indican que a proba documental nos casos de violencia de xénero, independentemente da súa natureza, pode ser fundamental para a resolución do caso.

5.5. COMPORTAMENTO PROCESUAL DAS VÍTIMAS

O comportamento da muller durante o procedemento xudicial foi un dos focos fundamentais de estudo nesta investigación. A continuación comentaranse os principais resultados que definen o papel da muller durante o proceso penal. Así mesmo, analizaranse que circunstancias puideron condicionar o seu comportamento no proceso e a influencia desta conducta na decisión final do xuíz.

A literatura destaca que, na maioría dos casos de violencia de xénero, os únicos coñecedores dos feitos son a vítima e o agresor polo que a iniciativa de terminar con esta situación depende, en gran parte, da vítima⁵⁶. O presente estudo amosa que unha importante porcentaxe de mulleres (mais do 80%) decidiron interpoñer unha denuncia contra o seu agresor, ben de forma individual ou acompañada dun atestado policial. Os datos achegados polos organismos oficiais e estudos empíricos describen porcentaxes inferiores. Segundo o CXPX, o 69% dos casos denunciados por violencia de xénero foron iniciados por iniciativa da vítima e en diversos estudos a porcentaxe varía entre un 28% e un 59%^{103,137}. Nesta serie, o feito de que a muller decida denunciar non inflúe estatisticamente no seu comportamento durante as seguintes etapas do proceso xudicial nin no fallo emitido polo xuíz.

No 18% dos casos estudados, a vítima decidiu non denunciar. Segundo a literatura, os motivos polos cales a vítima decide non denunciar os feitos son numerosos, destacando a consideración de problema privado, que debe permanecer na intimidade familiar, medo a sufrir represalias ou por dependencia económica^{56,196}. O presente estudo mostra unha relación significativa entre a convivencia en parella e a decisión de non denunciar o feito por parte da muller,

iniciándose o procedemento por outras causas. É probable que nestes casos a muller non contara con apoio familiar ou decidira non denunciar por medo a ter que abandonar o fogar e perder a estabilidade. Outro motivo postulado é o desexo de protexer aos fillos, a familiares ou incluso ao propio agresor^{195,196}. Porén, os resultados obtidos amosan que a convivencia da parella cos fillos ou con outros familiares foi un dos principais factores que levaron á muller a denunciar os feitos. Os datos parecen indicar que as mulleres contemplan a denuncia como unha forma de terminar coa relación violenta, protexendo tamén ás persoas que dependen delas.

Hai autores destacan que algunhas vítimas non consideran a Administración de Xustiza como unha vía de saída deste problema^{56,195}. O presente estudo, en cambio, amosa unha relación entre o feito de que a vítima decida iniciar o procedemento e finalmente o agresor sexa acusado dun delito de quebrantamento. É dicir, foi común que a propia muller denunciara de novo ao agresor cando este xa contaba con algunha medida de protección. Este achado parece indicar que, tras un contacto previo, a muller segue confiando no sistema penal como medio para resolver a súa situación.

Así mesmo, diversos autores consideran o consumo de alcohol no momento dos feitos como unha das causas de que a muller non denuncie^{56,196}. No presente estudo, esta decisión relacionouse co consumo de sustancias no momento da agresión. Polo tanto, cabe pensar que nestes casos a muller considerara que estar baixo o efecto destas sustancias foi o detonante da agresión e o episodio foi algo puntual que non tiña por qué repetirse. Á vista deste achado, sería preciso intentar incluír nas campañas de prevención se inclúa a

mensaxe de que a violencia nunca pode estar xustificada polo consumo de sustancias nin por ningunha outra circunstancia.

Tal e como destacan algúns autores^{56,195}, na maioría de xuízos por violencia de xénero, o testemuño da vítima constitúe a única proba do maltrato. De feito, foi sinalada por números autores como un dos principais elementos probatorios^{56,198}. Nesta investigación, a vítima declara como testemuña en cerca do 90% dos casos. Porén, non se puido demostrar unha relación significativa entre esta declaración e a sentenza condenatoria. Non obstante, a análise comparativa realizada amosa outros resultados significativos salientables. Foi mais común que a vítima testificara no xuízo cando tamén o fixeron familiares seus, do agresor ou terceiras persoas, o que amosa a importancia do apoio social, como xa se comentou anteriormente. Pola contra, certas circunstancias, como o consumo de sustancias no momento dos feitos, relaciónanse coa decisión da muller de non testificar no xuízo e de non denunciar a agresión. Isto mesmo ocorre cando existe un parte de lesión e o procedemento se inicia de esta forma. Estes datos fan pensar que existe un número de casos que se iniciaron sen o interese da muller de denunciar o feito ou mesmo sen a consideración pola súa parte de ser vítima. Nestes casos sería importante a actuación adecuada de todos os colectivos (xudicial, sanitario, servizos sociais...) que están en contacto coa muller durante o procedemento. A relación coa muller debe ser eficiente e respectuosa. Debe sentirse apoiada e segura, non so para conseguir saír da situación actual, tamén para garantir que, se nun futuro volve a sufrir unha situación parecida, volva a confiar na vía xudicial. Ademais, cómpre informala de todas as medidas de apoio que contempla a LOVX, xa que o acceso e goce das axudas sociais e económicas está condicionada a que a vítima

denuncie. Afortunadamente, a partir da entrada en vigor do Pacto de Estado, calquera vítima poderá acceder aos recursos de axuda independentemente de si denuncia ou non (*medida 62*). Este feito suporá un paso importante porque garante a seguridade e apoio tanto das vítimas como dos fillos ou persoas dependentes dela.

Todas as medidas anteriormente comentadas resultan imprescindibles neste contexto, xa que por diversos motivos, é común que a muller retire a denuncia, se intente desvincular do proceso ou modifique a súa versión inicial dos feitos, o que complicaría a resolución do caso. Nesta serie, un 8,10% das mulleres decidiron retirar a denuncia, porcentaxe baixa se temos en conta outras investigacións que amosan porcentaxes de ata o 42,7%²³¹. A literatura destaca que os motivos polos cales a vítima decide retirar a denuncia son os mesmos, ou parecidos, aos que a levan a non denunciar os feitos. No presente estudo encontramos unha relación significativa entre o feito de que a muller decida retirar a denuncia e realice un traballo remunerado. Pola contra, un estudo realizado a partir de vítimas de violencia de xénero en situación de pobreza relacionou estatisticamente a precariedade e os problemas económicos da muller coa retirada da denuncia²³¹. Polo tanto, pódese destacar que toda muller, independentemente do seu nivel socioeconómico ou da súa situación laboral, precisa ser informada e apoiada cando recorre á vía penal para solucionar o problema. A pesar da necesidade de conseguir que estas mulleres non retiren os cargos contra o agresor, hai que destacar que cando isto ocorre os procedementos de violencia de xénero poden seguir adiante de oficio. Este feito queda reflectido na árbore de clasificación obtida que amosa, aínda que nunha baixa porcentaxe, casos nos cales a pesar de que a vítima retirara a denuncia

o veredicto emitido polo xuíz foi condenatorio. Pese a isto, o feito de que a muller retire a denuncia non inflúe significativamente na decisión xudicial.

Por outra banda, no 9,48% dos casos estudados a muller decidiu declarar rectificando ou modificando a versión aportada no proceso de instrución. Algúns autores¹⁹⁸, destacan que este feito dificulta a convicción do xuíz, podendo desencadear nunha sentenza absolutoria. O presente estudo avala este razoamento, xa que existe unha asociación entre os casos nos cales a muller rectificou ou modificou o seu testemuño e a finalización do caso coa absolución do agresor. Así mesmo, a árbore de clasificación amosa que a maioría de casos condenatorios ocorren cando a vítima non modifica o seu testemuño e se mantén firme na súa versión inicial dos feitos. Polo tanto, é importante valorar os factores que puideron levar a este comportamento. Comprobouse que foi mais común que a muller modificara o seu testemuño cando o clima violento durou menos tempo. A corta duración do maltrato e a crenza de que foi algo puntual leva nalgúns casos a que os sentimentos da vítima cara o agresor persistan^{56,195}. Así, diversos estudos comprobaron que a pesar do maltrato seguen existindo, nunha porcentaxe importante de mulleres, sentimentos de amor e afecto polo agresor que as levan a xustificar o episodio ou mesmo a negalo^{105,231}. Pola contra, existen unha serie de circunstancias que contribúen a que a muller non rectifique a súa versión inicial dos feitos como outras declaracións testificais (testemuño da familia do agresor) ou a existencia de probas documentais. É posible que nestes casos a muller se sinta mais apoiada polo que mantería a súa versión dos feitos ata o final.

Compre destacar tamén que, en case o 15% dos casos estudados, a vítima exerceu o seu dereito a non declarar, exposto no artigo 416 da LECrim. O estudo amosa que existe unha relación significativa entre o exercicio deste dereito e a sentenza absolutoria, coincidindo así co descrito por diversos autores^{198,232}. O exercicio por parte da vítima do exposto polo citado artigo asociouse nesta serie a aqueles casos de parellas cunha convivencia mais longa. Este dato, xunto coa menor taxa de denuncias por parte das mulleres que conviven co agresor, indica que o seu comportamento durante o proceso está influenciado polo tipo de relación de parella, sendo máis difícil para ela actuar contra o agresor cando mantén unha relación estable e duradeira. Posiblemente os seus sentimentos, a crenza de que todo pode cambiar, o medo a terminar unha relación de tantos anos ou a sentirse soa e sen apoios teñan influencia neste comportamento. Porén, o presente estudo amosa asociación entre a presenza de menores no momento dos feitos e a decisión da muller de declarar e continuar co proceso. Xa se comentou que a convivencia cos fillos foi decisiva para que a muller interpuxera a denuncia. Polo tanto, contrariamente ao postulado por algúns autores^{56,195}, estes resultados parecen indicar, outra vez, que a muller ve ao sistema xudicial como unha vía de saída para rematar a situación violenta e protexer aos menores.

Na actualidade, o exercicio do dereito a non declarar por parte dunha vítima de violencia de xénero é un tema moi controvertido. É responsable de que un importante número de casos terminen en sobresemento ou en absolución do acusado, o que apoia a necesidade de modificar a lexislación. A solución non está clara, existen moitas propostas, como a eliminación deste dereito nos casos nos que a

muller é vítima - testemuño, ou a incorporación no xuízo das declaración sumariais cando a vítima exerza este dereito, todas elas con detractores e defensores. Nas diversas subcomisións e reunións realizadas antes da aprobación do Pacto de Estado, a eliminación deste artigo 416 da LECrim foi un dos aspectos mais debatidos. Finalmente, os grupos parlamentarios non foron capaces de chegar a un acordo e o Pacto de Estado non establece ningunha modificación ao respecto³¹. Actualmente, ao seguir vixente nos casos de violencia de xénero o postulado deste artigo, débese insistir na necesidade de que os xuíces indaguen as circunstancias que rodean a vítima durante a vista oral e investiguen se esta actúa voluntariamente ou ten algún motivo para acollerse a dispensa legal de declarar ou para modificar o seu testemuño inicial. E, sobre todo, é fundamental aumentar as medidas de apoio ás vítimas durante os procedementos xudiciais e asegurar o cumprimento das medidas de protección para conseguir que a muller se sinta segura e decida continuar co procedemento ata o final.

5.6. OUTROS ASPECTOS DO PROCESO XUDICIAL

Dos expedientes analizados puidéronse extraer outros datos que axudaron a definir a violencia de xénero denunciada. Neste apartado trataráanse as formas de iniciación do proceso, os tipos delitivos e as circunstancias que modificaron ou excluiron a responsabilidade penal, entre outras.

A violencia de xénero ten a consideración de delito público, polo tanto calquera persoa coñecedora deste feito debe denuncialo. No presente estudo, a maioría de casos comezaron por iniciativa da propia vítima, seguido de aqueles iniciados tras a intervención directa da

policía (1 de cada 10 casos), o que coincide co descrito noutros estudos¹²³ e cos datos proporcionados polo CXPX, aínda que con porcentaxes algo superiores (cerca do 17% dos casos iniciáronse tras o atestado e intervención directa da policía, no 2016)⁵⁴. A análise comparativa amosa que a policía intervén sobre todo naqueles casos en que algún dos implicados estaba baixo o efecto do alcohol ou das drogas no momento dos feitos. Así mesmo, a pesar de que o número de casos iniciados por terceiros é moi baixo, tamén se relacionou co consumo de sustancias no momento da agresión, o que pode ser debido a que o consumo se produce principalmente nun lugar público, aumentando a posibilidade de que a violencia fora presenciada por terceiros. Así mesmo, o consumo tamén se relaciona con episodios de violencia mais graves que, coa consecuente maior probabilidade de que outros se impliquen.

Na presente serie, a terceira forma de inicio do procedemento foi a través dun parte de lesións (en torno ao 2%), cifra parecida a descrita en estudos previos¹²³, pero claramente inferior á que amosa o Observatorio de Violencia do CXPX a nivel nacional, en torno ao 11%⁵⁴. Se temos en conta que o sistema sanitario supón o principal colectivo ao que a vítima acode na búsqueda de axuda¹¹⁰, a baixa porcentaxe de casos iniciados trala emisión dun parte de lesións pon de manifesto outra vez a necesidade de reforzar a formación deste colectivo en violencia de xénero e garantir a concienciación e compromiso de todo o profesional sanitario na detección e comunicación da violencia de xénero.

O número de denuncias presentadas pola familia, acompañadas ou non dun atestado policial, é insignificante a pesar de que os casos aquí expostos se producen normalmente no entorno familiar e que

nalgúns, os mesmos familiares son testemuñas directos dos feitos. Tanto os datos presentados a nivel nacional polo CXPX como os reflectidos noutros estudos, son similares^{54,123}. Parece ser que persiste na sociedade a crenza de que se trata dun problema privado, que debe xestionar a parella, o que indica que é preciso sensibilizar á poboación do deber de denunciar. Os datos amosan que a familia é un posible colectivo diana ao cal tamén deben de estar dirixidas as campañas de información, que tradicionalmente están centradas na vítima.

En canto a cualificación xurídica dos feitos, o estudo amosa gran variedade de delitos e faltas, así como a simultaneidade de varios tipos nun mesmo expediente. Na metade dos casos, os feitos denunciados tipificáronse como delitos de maltrato ocasional o que concorda cos datos de outros estudos^{58,123,233}. Correspóndense principalmente a lesións non definidas como delitos. A continuación, situáronse os delitos de ameazas ou maltrato habitual. Os casos que terminaron coa condena do agresor asociáronse ao feito de que a muller fóra vítima dun maltrato habitual ou ocasional, ou tamén dun delito de lesións.

No 7% dos casos, o home foi acusado dun delito de quebrantamento, principalmente dunha orden de afastamento. Estudos previos tamén destacan a alta porcentaxe de casos (entre o 40% e o 90%) de vulneración dunha orden de protección²³⁴⁻²³⁶. O seguimento das ordenes de protección leva consigo un importante e difícil traballo por parte das forzas e corpos de seguridade do estado, influenciado sobre todo pola falta de medios humanos e materiais. En ocasións o cumprimento vese afectado, ademáis, pola actitude da muller que nalgúns casos segue convivindo co agresor a pesar de ter en vigor unha orden de afastamento, como constataron algúns autores²¹⁸.

Neste estudo, o número de delitos contra a liberdade sexual foi moi baixo, o que contrasta con outras investigación, que describen cerca do 30%⁸⁰. Así mesmo, non se constatou ningún caso de homicidio. Este feito xunto cos datos anteriormente comentados sobre o tipo e gravidade das lesións, indica o carácter medio leve da violencia contra a muller denunciada nesta fiscalía de área.

Un dos principais obxectivos dos profesionais ante un caso de violencia de xénero, é garantir a seguridade da vítima e de toda persoa susceptible de volver a ser vítima de abuso. De ahí a gran importancia das medidas de precaución interpostas polo xuíz. Estudos previos amosan cifras de 37,4% dos casos de violencia de xénero¹⁰⁵, similares as encontradas no presente estudo. En case o 40 % dos casos o xuíz adoptou medidas de protección da vítima, principalmente de afastamento ou comunicación. Só en 19 casos o xuíz acordou prisión provisional do presunto agresor.

Nos expedientes analizados observase unha baixa presenza de circunstancias que modificaron a responsabilidade criminal, tratándose fundamentalmente de agravantes de reincidencia e a atenuante de dilacións indebidas. Os número de casos con eximentes foi baixo, sobre todo por consumo de sustancias, principalmente alcohol. Como xa se comentou anteriormente, resulta fundamental aumentar as campañas de prevención de este tipo de adiccións e, sobre todo, levar a cabo medidas de deshabitación alcohólica. A finalidade sería intentar eliminar a súa influencia como factor desencadeante nos casos de violencia de xénero así como protexer as vítima de agresións mais graves.

5.7. LIMITACIÓNS DO ESTUDO

O presente estudo presenta certas limitacións que deben ser tidas en conta xa que condicionaron tanto a realización das diferentes análises como as conclusións extraídas.

En primeiro lugar, os resultados poden non ser representativos da poboación xeral de mulleres maltratadas debido aos propios criterios de inclusión e exclusión do estudo. Esta investigación estivo enfocada tan só nos expedientes da fiscalía, polo que os casos non denunciados non estiveron representados. Ademais, dentro dos casos denunciados, o estudo centrouse naqueles con sentenza xudicial firme, non tendo en conta o resto de procedementos iniciados que aínda non obtiveron sentenza ou finalizaron por outras causas. Esta circunstancia tamén pode ser responsable das diferenzas atopadas con respecto a estudos previos.

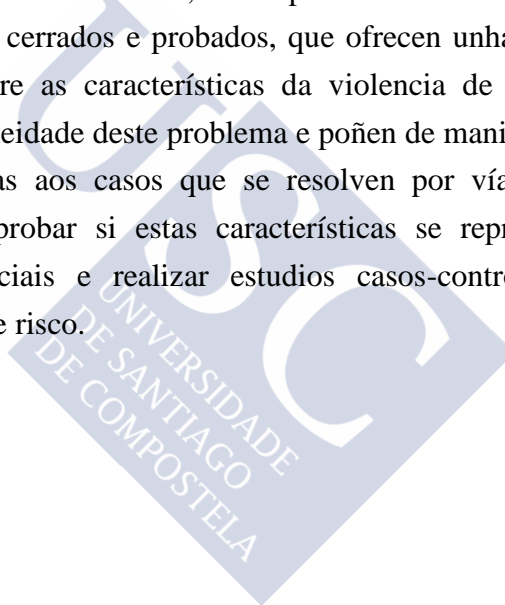
En segundo lugar, o carácter retrospectivo do estudo é responsable da ausencia de datos, sobre todo nalgúns variables (nivel educativo, consumo de sustancias), que non aparecían reflectidos nos expedientes analizados. Ademais, o proceso de recollida de datos estivo limitada pola inexistencia de bases informatizadas na Fiscalía que facilitasen o acceso aos expedientes, e polo feito de depender da dispoñibilidade do persoal da Fiscalía para acceder aos mesmos. A organización das carpetas aportadas pola Fiscalía e a existencia, en moitos casos, de gran cantidade de documentos que había que revisar para extraer os datos pertinentes tamén dificultaron e atrasaron a recollida e interpretación dos mesmos.

En terceiro lugar, a heteroxeneidade da mostra provocou que, nalgúns análises, á hora de comparar as diversas características o

número de casos de cada categoría fora moi diferente optando por unificalas, o que puido provocar a omisión dalgunha relación mais específica.

Por último, cabe destacar que este estudo tan só permite atopar factores relacionados ca violencia de xénero, pero non permite establecer causalidade, por carecer de grupo control co que establecer comparación.

A pesar de estas limitacións, os expedientes seleccionados amosan datos de casos cerrados e probados, que ofrecen unha visión ampla e detallada sobre as características da violencia de xénero. Confirman a heteroxeneidade deste problema e poñen de manifesto as características asociadas aos casos que se resolven por vía penal. Sería interesante comprobar si estas características se reproducen noutros partidos xudiciais e realizar estudos casos-control para confirmar os factores de risco.



6.

Conclusións



6. CONCLUSIÓNS

O presente estudo ratifica a transversalidade da violencia de xénero aínda que mostra unha serie de peculiaridades nos casos analizados, que se resolven pola vía penal:

1. As mulleres que sofren violencia de xénero frecuentemente son novas, de nacionalidade española, con traballo remunerado e nivel socioeconómico baixo, e residen nun entorno urbano. A gran maioría teñen fillos, principalmente co presunto agresor.

2. Os presuntos agresores son, sobre todo, adultos novos, cunha idade algo superior á da muller, de nacionalidade española, con traballo remunerado e nivel socioeconómico baixo. Dous de cada dez presentan unha patoloxía psiquiátrica e un de cada tres contan con antecedentes penais.

3. O colectivo de estranxeiros, tanto homes como mulleres, é menor que o de nacionais, pero relevante. Asóciase a características que definen relacións mais inestables como unha idade mais nova, estar solteiro e menor número de fillos. Os episodios violentos son mais graves, con agresións físicas máis severas e maior número de lesións visibles, aínda que a duración do maltrato frecuentemente é menor.

4. Mais do 40% de presuntos agresores consumía alcohol de maneira habitual. O consumo de alcohol asóciase a relacións de parella mais estables e duradeiras, de maior idade e con fillos, cun maltrato mais prolongado.

5. Mais da metade das mulleres vive co presunto agresor no momento dos feitos, cunha media de convivencia de 9 anos, frecuentemente nun piso da súa propiedade. É común que a compartan con outros familiares, fundamentalmente cos fillos.

6. O maltrato prolóngase unha media de 6 anos. O tipo de violencia mais común é o maltrato físico, de forma illada ou en combinación co psicológico. Empurrar ou agarrar constitúen os mecanismo de abuso físico mais frecuentes, e as ameazas, os insultos e as humillacións os de abuso psicológico. Con frecuencia a muller é vítima de varios mecanismos lesivos.

7. O maltrato ten lugar principalmente no domicilio e a maioría dos casos son presenciados por terceiras persoas, principalmente menores. Na metade acreditouse o consumo de sustancias no momento dos feitos, principalmente no presunto agresor, o que se puido relacionar con factores como o desemprego masculino, nivel socioeconómico baixo, convivencia da parella e agresións físicas mais graves, con maior número de lesións.

8. A metade das mulleres sofre lesións físicas agudas como consecuencia da agresión. A maioría presenta lesións múltiples, fundamentalmente contusións ou hematomas localizados nos membros superiores ou na cara. Trátase, sobre todo, de lesións cutáneas, superficiais e de baixa gravidade.

9. O 49% das mulleres precisan asistencia sanitaria, principalmente médica, que se realiza maioritariamente nos servizos de urxencias de atención primaria, sobre todo durante o fin de semana e pola tarde - noite. As forzas de seguridade son o principal colectivo que acompaña a muller ao centro sanitario.

10. O parte de lesións elabórase no 35% dos casos que precisan asistencia sanitaria e no 70% outros informes médicos. Estes documentos proceden, sobre todo, dos puntos de atención continuada. O análise da súa calidade amosa que mais da metade son de baixa calidade, con defectos no seu cumprimento.

11. No 53% dos casos se realizan informes periciais da vítima e no 18% outros informes, sobre todo relacionados con agresións anteriores ou problemas de saúde. Existen informes do presunto agresor no 37% dos casos, e no 12% informes de terceiras persoas.

12. O proceso penal é iniciado por iniciativa da vítima en 8 de cada 10 casos. O 87% decide testificar no xuízo. A porcentaxe de mulleres que retiran a denuncia ou modifican o seu testemuño é relativamente baixa (8 e 9% respectivamente), e cerca do 15% exerce o seu dereito a non declarar. A non declaración da vítima así como a rectificación e/ou modificación do seu testemuño relacionáronse coa sentenza absolutoria.

13. O comportamento da muller durante o proceso vese afectado por diversos factores como a duración da relación, a convivencia da parella con familiares ou fillos, a presenza de menores durante a agresión, o consumo de sustancias e a existencia de probas documentais.

14. Os feitos son cualificados principalmente como delitos de maltrato ocasional, maltrato habitual ou ameazas. En case o 40% dos casos o xuíz dita medidas de precaución, principalmente de comunicación ou afastamento. A presenza de circunstancias que modificaron ou excluiron a responsabilidade criminal afecta a unha baixa porcentaxe de expedientes.

15. No 69% dos casos a sentenza é condenatoria. O fallo xudicial está influenciado principalmente polas características do maltrato (gravedade da violencia e consecuencias), e a existencia de probas documentais ou testificais.



7.

Bibliografía



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho-Valadez D, Pérez-García M. The demographic/anthropometric profile of the denounced perpetrator of gender violence to the north of Mexico: descriptiv study. *Cud Med Forense*. 2015; 19(1-2): 29-32.
2. Suelves J, Jané M, Plasència A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3): 98-103.
3. Lucena J, García C, Santos M, Rico A, Blanco M, Jiménez M, et al. Estudio médico-legal del homicidio en la provincia de Sevilla (2004-2007). Especial referencia a los homicidios de mujeres en el contexto de violencia de género. *Cuad Med Forense*. 2008; 14(51): 35-46.
4. Chibber K, Krishnam S. Confronting intimate partner violence, a global health care priotity. *Mt Sinai J Med*. 2011; 78(3): 449-457.
5. Canaval G, González M, Sánchez M. Perfil sociodemográfico de las mujeres que denuncian maltrato de pareja en la ciudad de Cali. *Inv Enf*. 2007;(2): 159-176.
6. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero M, Escribà-Agüir V, Miralles J. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health*. 2010; 33(1): 15-21.
7. Larrauri E. *Criminología crítica y violencia de género* Madrid: Trotta; 2007.

8. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Health status and intimate partner violence. *Gac Sanit.* 2014; 28: 102-108.
9. Echeburúa E, Amor P. Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36(3): 117-121.
10. Axencia de dereitos fundamentais da Unión Europea. Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Luxemburgo; 2014.
11. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland; 2013.
12. Europea C. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres; 1999.
13. Raya L, Ruiz IPJ, López-Abisab S, Rueda D, García L, González J, et al. Intimate partner violence as a factor associated to health problems. *Aten Primaria.* 2004; 34(3): 117-127.
14. Matud M. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema.* 2004; 18(3): 397-401.
15. Ordóñez M, González P. Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. *Rev Clin Med Fam.* 2012; 5(1): 30-36.
16. Sepúlveda A. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense.* 2006; 12(43-44): 149-164.
17. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002; 359: 1232-37.
18. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002; 359: 1423-1429.

19. Goicolea I, Briones E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring health system's response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*. 2013; 13: 1162.
20. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Torrubiano-Domínguez J, Gil-González D. Mortalidad por violencia del compañero íntimo en mujeres extranjeras residentes en España (1999-2006). *Gac Sanit*. 2008; 22: 232-235.
21. Menéndez S, Pérez J, Lorence B. La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychological Intervención*. 2013; 22: 41-53.
22. Cadavid A, Chirino A, AP H, Medina S, Ontiveros M, Porto Mea. Régimen jurídico de la violencia de género en Iberoamérica y España. Un estudio de las leyes integrales de segunda generación. En: Marín E, editor. Navarra: Thomson Reuters; 2015.
23. Assembly UNG. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th. Plenary Meeting. Geneva, 20 de December de 1993.
24. Martínez León M, Torres Martín H, Martínez Leñon C, Queipo Burón D, de la Fuente Sanz M. Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. 2010: 15-25.
25. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Serie de Tratados del Consejo de Europa- n°210. Estambul: Consejo de Europa; 2011.
26. Xunta de Galicia. Consultado el 20/05/17 en <http://igualdade.xunta.gal/es/actualidad/el-convenio-de-estambul-sobre-violencia-contra-la-mujer-entrara-en-vigor-el-1-de-agosto>.

27. Constitución Española 1978, de 27 de diciembre. Boletín Oficial del Estado (España), 311, 29 de diciembre de 1978.
28. Ley Orgánica 10/1995, de 25 de noviembre, del Código Penal.
29. Cruz C. Perspectiva judicial de la violencia de pareja y doméstica en España. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3): 93-97.
30. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Potenciación Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado (España), 313, 29 de diciembre de 2004.
31. Boletín Oficial de Las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, serie D, núm. 199, de 3 de agosto de 2017 (cve:BOCG-12-d-199).
32. Ramón E. Los delitos de violencia de género según la jurisprudencia actual. *Estudios Penales y Criminológicos*. 2013; XXXIII: 401-464.
33. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 148, 22 de junio de 1989.
34. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
35. Ley Orgánica 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica. Boletín Oficial del Estado (España), 183, 1 de agosto de 2003.
36. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. Boletín Oficial del Estado (España), 234, 30 de septiembre de 2003.
37. Ley 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. Boletín Oficial del Estado (España), 226, 20 de septiembre de 2007.

38. Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, Gil P, Herrero F, Paz D. Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*. 2005; 17(1): 90-95.
39. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Switzerland: World Health Organization; 2013.
40. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
41. Sandoval-Jurado L, Jiménez-Báez M, Rovira G, Vital O, Pat F. Violencia de pareja: tipos y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Aten Primaria*. 2017; 49(8): 465-472.
42. Ackerson L, Kawachi I, Barbeau E, Subramanian S. Effects of individual and proximate educational context on intimate partner violence: a population-based study of women in India. *Am J Public Health*. 2008; 98: 507-514.
43. Tanko S, Yohanna S, Omeiza S. The pattern and correlates of intimate partner violence among women in Kano, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2016; 8(1).
44. Dhairyawan R, Tariq S, Scourse R, Coyne K. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated. *HIV Medicine*. 2013; 14: 303-310. DOI: 10.1111/hiv.12009.
45. Al-Atrushi H, Al-Tawil N, Shabila N, Al-Hadithi T. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Women's Health*. 2013; 13: 37.
46. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Pinar M, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra la mujer en España. *Gac Sanit*. 2010; 24: 128-135.

47. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Pinar Mi, Grupo de Estudio para la Violencia de Género. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit.* 2008;(6): 527-533.
48. González Morga N, García Guillamón G, Brando Asensio I. Prevalencia y perfil sociodemográfico del maltrato psíquico, físico y sexual en las pacientes de urgencias en la región de Murcia. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa.* 2014; 57: 156-173.
49. González F, Mora B. Características de la violencia de género en la Universidad de Valencia. *Escritos de psicología.* 2014; 7(2): 36-43.
50. Consello Xeral do Poder Xudicial. <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/>. Consultado: setembro 2017.
51. Patró R, Limiñana R. Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología.* 2005; 21(1): 11-17.
52. Roig Marzá C. La víctima como testigo en los procesos penales por violencia de género: especial referencia a la Jurisprudencia de la Comunidad Valenciana. *ReCrim.* 2012: 67-118.
53. Arce R. El Sistema de Evaluación Global en casos de violencia de género: huella psíquica y testimonio. *Información psicológica.* 2010; 99: 19-35.
54. Grupo de Expertos y Expertas en Violencia Doméstica y de Género del CGPJ. Estudio sobre la aplicación de la Ley Integral contra la Violencia de Género por las Audiencias provinciales. Consejo General del Poder Judicial; 2016.
55. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. (eds). *World Report on Violence and Health.* Genève: Word Health Organization; 2002.

56. García-Moreno C, Jansean H, Ellsber M, Heise L, Watts C, Who Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence; findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368(9543): 1260-1269.
57. Petrosky E, Blair J, Betz C, Fowler K, Jack Sea. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence- United States, 2003-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017; 66: 741-746.
58. Fernández A, Tajer D, Galimberti D, Ferrarotti A, Chiodi Aea. Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. *Rev Argent Salud Pública*. 2010; 1(3): 18-23.
59. Ministerio de Sanidad SSeI. Portal Estadístico, Violencia de Género y Trata de Mujeres. , Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/home.htm> (acceso 13/01/17).
60. Thompson R, Bonomi A, Anderson M, Reid R, Dimer J, Carrel D, et al. Intimate partner violence; prevalence, types and chronicity in adult women. *Am J Prev Med*. 2006; 30: 447-457.
61. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36: 104-109.
62. Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Wom*. 1998; 15: 239-251.
63. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 298-305.

64. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfis I, Escribá-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntima en España. *Gac Sanit*. 2009; 23(5): 410-414.
65. Seijo M, Novo M. Aproximación psicosocial a la violencia de género: Aspectos introductorios. In Fariña F, Arce R, Bucla-Casal G, editors. *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009: 63-74.
66. García-Moreno C. Violence against women: International perspectives. *Am J Prev med*. 2000; 19(4): 330-333.
67. Flake D. Individual, Family and Community Risk Makers for Domestic Violence in Peru. *Violence against wom*. 2005; 11(3): 353-373.
68. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. Are sociodemographic and regional simple factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004: 276-288.
69. Fernández-González L, Calvete E, Orue I. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*. 2017; 26: 9-17.
70. Labrador F, Fernández-Velasco M, Riscón P. Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence. *Psychol Spain*. 2011; 15(1): 102-109.
71. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por las mujeres en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anal psicología*. 2016; 32(1): 295-306.
72. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Álvarez-Kindelan M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A, et al. Sociodemographic associations of

physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol.* 2006; 16(5): 357-363.

73. Caetano R, Vaeth P, Ramisetty-Mikler S. Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *J Fam Violence.* 2008; 23: 507-518.

74. Bonomi A, Thompson R, Anderson M, Reid R, Carrel D, Dimer J, et al. *Am J Prev Med.* 2006; 30(6): 458-466.

75. Sararua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema.* 2007; 19(3): 459-466.

76. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, Estudios e Investigación 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad; 2012.

77. Vest J, Catlin T, Chen J, Browson R. Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *Am J Prev Med.* 2002; 22: 156-164.

78. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sánchez L. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health.* 2009; 202: 169-175.

79. Abramsky T, Watts C, García-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health.* 2011; 11: 109.

80. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *J Trauma.* 2006; 61: 1473-1479.

81. Ballester A, Ventura M. Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de las mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(2): 68-76.
82. Wong JH, Choi AM, Wong JS, Lau CL, Kam CW. Patterns, etiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health*. 2014; 14(6).
83. Leita F, Amorim M, Wehrmeister F, Gigante D. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Pública*. 2017; 51: 33.
84. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar M, Gil-González D. Social Determinants and Health Effects of Low and High Severity Intimate Partner Violence. *AEP*. 2011; 21(12): 907-913.
85. Fernández-Romero E, Espino R, Aquilera M, Pablo M, CJ G, Recio J. Violencia doméstica atendida en urgencia de un hospital comarcal: características sociodemográficas de víctimas y agresor. *Emergencias*. 2008; 20: 164-172.
86. Rodríguez-Calvo M, Vázquez-Portomeñe F, editors. *La violencia de género. Aspectos médico-legales y jurídico penales* Valencia: Tirant Lo Blanch; 2013.
87. Teye D, Oppong K. Women's approval of domestic physical violence against wives: analysis of the Ghana demographic and health survey. *BMC Women's Health*. 2015; 120.
88. Zapata F. Violencia de pareja en el Departamento de Quidío, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2013; 15(2): 247-257.
89. Fiestas F, Rojas R, Gushjiken A, Gozzer E. Who is the victim and who the offender in intimate partner physical violence? An epidemiological study in seven cities of Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1): 44-52.

90. Petridou E, Browne B, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Dessypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Inj Prev.* 2002; 8: 197-201.
91. Sanz-Barbero B, Heras-Mosteiro J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del femicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit.* 2016;(30): 272-278.
92. Delgado C, del Pozo M, León M, Ibañez M. Violencia de género e igualdad en el ámbito rural. Quinta edición ed. Santiago de Compostela: Andavira editora; 2016.
93. Raj A, Silverman J. Immigrant South Asian women at greater risk for injury from intimate partner violence. *Am J Public Health.* 2003; 93: 435-437.
94. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar M, Ruiz-Pérez I, Escribá-Agüir V. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit.* 2009; 23(1): 100-106.
95. Echeburúa E, Fernández-Montalvo J, de Corral P. ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *Int J Clin Health Psychol.* 2008; 8(2): 355-382.
96. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco J, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar M, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006; 20(3): 202-208.
97. Domínguez J, García P, Cuberos I. Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de psicología.* 2008; 24(1): 115-120.

98. De Cristino M, Camacho A, Ávila J, Mata A, Díaz J, Ójeda R. Perfil sociodemográfico de la mujer víctima de la violencia de género en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Distrito Sanitario Córdoba. *Páginas enferurg*. 2012; 3(12): 19-27.
99. Devries K, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus L, García-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010; 18(36): 158-170.
100. Morillas L, Jiménez M, Luna J, Miranda M, Morillas D, García I. Estudio empírico sobre el maltrato a la mujer: una serie de 338 casos Madrid: Dykinson SL; 2006.
101. Del Río E, Megías J, Expósito F. Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema*. 2013; 25(1): 67-72.
102. Lipsky S, Krupski A, Roy-Byrne P, Lucenko B, Mancuso D, Huber A. Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 38: 231-244.
103. Llopis C, Rodríguez M, Hernández M. Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cua Med Forense*. 2014; 20(4): 151-169.
104. Loinaz I, Echeburúa E, Torrubiano R. Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*. 2010; 22(1): 106-111.
105. Madureira A, Lúcia Raimondo M, Raimondo Ferraz M, De Vargas Marcovicz G, Labronici L, Mantovani M. Profile of men who commit violence against women who are arrested in delicto flagrante: contributions to confronting the phenomenon. *Escola Anna Nery*. 2014; 18(4): 600-606.

106. Redondo N, Graña J. Consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de maltratadores en tratamiento psicológico. *Adicciones*. 2015; 27(1): 27-36.
107. Zacarías A, Macassa G, Svanström L, Soares J, Antai D. Intimate partner violence against women in Maputo city, Mozambique. *BMC Inter Health Hum Rights*. 2012; 12(35).
108. Kinyanda E, Weiss H, Mungherera M, Onyango-Magen P, Ngabirano E, Kajungy R, et al. Intimate partner violence as seen in post-conflict eastern Uganda: prevalence, risk factors and mental health consequences. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016; 16(5): DOI 10.1186/s12914-016-0079-x.
109. Gilbert L, El-Bassel N, Mingway C, Wu E, Roy L. Substance Use and Partner Violence among Urban Women Seeking Emergency Care. *Psychol Addict Behav*. 2012; 26(2): 226-235.
110. Oliveira J, Lima M, Simão M, Cavariani M, Tucci A, Keer-Corrêa F. Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e factores associados. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(6): 494-501.
111. Caldentey C, Tirado-Muñoz J, Ferrer T, Fonseca F, Rossi Pea. Intimate partner violence among female drug users admitted to the general hospital: screening and prevalence. *Adicciones*. 2017; 29(3): 172-179.
112. Coker A, Watkins K, Smith P, Brant H. Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prev Med*. 2003; 37: 259-267.
113. Rodríguez M, Vázquez-Portomeñe F, editors. *La violencia contra la mujer. Abordaje asistencial, médico-legal y jurídico* Valencia: Tirant Lo Blanch; 2014.
114. Redondo N, Graña JGL. Características sociodemográficas y delictivas de maltratadores en tratamiento psicológico. *Psicopatol Clín Leg Forense*. 2009; 9: 49-61.

115. Caravaca F, García-Jarillo M, Sánchez-Alcaraz C, Luna A. Study of psychoactive substances and family conflict in subjects convicted by gender violence. *Cuad Med Forense*. 2014; 20: 92-98.
116. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. Análisis y modificación de conducta. 2005; 31(138): 451-478.
117. Fernández-Montalvo J, Echeburúa E. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*. 2008; 20(2): 193-198.
118. Bodelón E. Violencia de género y las respuestas de los sistemas penales. Primera edición ed. Buenos Aires: Ediciones Didot; 2012.
119. Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Revisión sistemática de los estudios sobre el nivel socioeconómico de los hombres que maltratan a sus parejas. *Gac Sanit*. 2007; 21(5): 425-430.
120. Llor-Esteban B, García-Jiménez J, Ruiz-Hernández J, Goldoy-Ferández C. Profile of partner aggressors as a function of risk of recidivism. *Inter J Clin Health Psychol*. 2016; 16: 39-46.
121. Sanz-Barbero B, Vives-Cases C, Otero-García L, Muntaner C, Torruviano-Domínguez J, O'Campo P. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. *Eur J Public Health*. 2015; 25(6): 1105-1111.
122. Nóbrega M. Characteristics of the aggressors toward couple. *Liberabit*. 2012; 18: 50-69.
123. Carrasco-Portiño M, Vives-Cases C, Gil-González D, Álvarez-Dardet C. ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22: 55-63.

124. Cunha O, Abrunhosa R. Intimate partner violence offender: Generating a data-Bases typology of batterers and implications for treatment. *Eur J Psychol Appl L*. 2013; 5(2): 131-139.
125. Foran H, O'Leary K. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2008; 28: 1222-1234.
126. Catalá-Miñana A, Lila M, Oliver A. Alcohol consumption in men punished for intimate partner violence: individual and contextual factors. *Adicciones*. 2013; 25(1): 19-28.
127. Ruiz-Pérez I, Blanco-Pietro P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004; 18(5): 4-12.
128. Gil-González D, Vives-Cases C, Ruiz M, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *J Public Health*. 2007; 30(1): 14-22.
129. Bazargan-Hejazi S, Kin E, Lin J, Ahmadi A, Khamesi M, S T. Risk Factors Associated with Different Types of Intimate Partner Violence (IPV): An Emergency Department Study. *J Emerg Med*. 2014; 47(6): 710-720.
130. Lown E, Vega W. Prevalence and Predictors of Physical Partner Abuse Among Mexican American Women. *Am J Public Health*. 2001; 91: 441-445.
131. Fontanil Y, Méndez-Valdivia M, Cuesta M, López C, Rodríguez F, al e. Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*. 2002; 14: 130-138.
132. Bosch E, Ferrer V. Mujeres maltratadas: Análisis de características sociodemográficas, de la relación de pareja y del maltrato. *Psychosocial Intervention*. 2003; 12(3): 325-344.

133. Pico-Alfonso M, Echeburúa E, Martínez M. Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *J Fam Viol.* 2008; 23: 577-588.
134. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health.* 2007; 15(5): 437-443.
135. Escribà-Agüir V, Barona-Viar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta M, Fullana-Montoro A. Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 510-512.
136. Richardson J, Coid J, Ptacek A, Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ.* 2002; 324(7332): 274-277.
137. Montero I, Martín-Baena D, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Vives-Cases C, M T. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilation. *J Women Aging.* 2013; 25(4): 358-371.
138. Johnson M. Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior.* 2011; 16: 289-296.
139. Muñoz J, Echeburúa E. Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica.* 2016; 26: 2-12.
140. Kamimura A, Ganta V, Thomas T. Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India. *BMC Women's Health.* 2014; 14: 127.
141. Delamou A, Samandari G, Camara B, Traore P, Diallo F, Milimono S, et al. Prevalence and correlates of intimate partner violence among family

planning client in Conakry, Guinea. BMC Res Notes. 2015; 8: 819. DOI 10.1186/s13104-015-1811-7.

142. Torres C, Robles J, de Marco S. El ciberacoso como forma de ejercer la violencia de género en la juventud: un riesgo en la sociedad de la información y del conocimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2014.

143. Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús J, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo M. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. J For Leg Med. 2015; 34: 119-126.

144. Osuna M, Jiménez B. El silencio de las víctimas: un análisis jurídico y social. Mujer IAdl, editor. Sevilla; 2011.

145. Sheridan D, Nash K. Acute injury patterns from intimate partner violence. Trauma Violence Abuse. 2007; 8(3): 281-289.

146. Muelleman R, Lenaghan P, Pakieser S. Battered women: injury locations and types. Ann Emerg Med. 1996; 28(5): 486-492.

147. Reijnder U, Van Der Leden M, De Bruin K. Injuries due to domestic violence against women: sites on the body, types of injury and methods of infliction. Ned Tijdschr Geneesk. 2006; 150(8): 420-435.

148. Celbis O, Gokdogan M, Kaya M, Gunes G. Review of forensic assessments of female referrals to the branch of legal medicine, Malatya region, Turkey 1996-2000. J Clin Forensic Med. 2006; 13: 21-25.

149. Pereira A, Vieira D, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. J Forensic Leg Med. 2013; 20: 1099-1107.

150. Rodríguez M, editor. La violencia contra la mujer y otras víctimas vulnerables Valencia: Tirant Lo Blanch; 2015.
151. Banks L, Grandal C, Sklar D, Bauer M. A Comparison of Intimate Partner Homicide to Intimate Partner Homicide Suicide: One Hundred and Twenty-four New Mexico Cases. *Violence against wom.* 2008; 14: 1065-1078.
152. Moraco K, Runyan C, Butts J. Female Intimate Partner Homicide: A Population-based Study. *JAMWA Women's Health.* 2003; 58(1): 20-25.
153. Lipsky S, Caetano R, Field C, Larkin G. Psychosocial and substance-use risk factors for intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 78(1): 39-47.
154. Lorente M. Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias.* 2008; 20: 191-197.
155. Toohey J. Domestic violence and rape. *Med Clin N A.* 2008; 92: 1239-1252.
156. Castellano M, Aso J, Cobo J, Martínez B. Datos médico-Forenses de 1485 agresiones denunciadas por mujeres. *Rev Esp Med Leg.* 1998; XXII(84-85): 24-30.
157. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Women's Health.* 2011; 11: 56.
158. Berrios D, Grady D. Domestic violence: risk factors and outcomes. *West J Med.* 1991; 155: 133-135.
159. Biroscak B, Smith P, Roznowski H, Tucker J, Carlson G. Intimate Partner Violence Against Women: Finding From One State's ED Surveillance System. *J Emerg Nurs.* 2006; 32: 12-16.

160. Trias Capella M, Martín-Fumadó C, Taranilla Castro A, R TC, Bernal Martí X, Rebollo-Soria M. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev Esp Med Legal*. 2013; 39(1): 7-11.
161. García Minguito L, Casas Sánchez J, MS RA. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. *Gac Sanit*. 2012; 26(3): 256-260.
162. Matteoli M, Piacentino D, Kotzalidis G, Serata D, Rapinesi C, Angeletti G, et al. The Clinical and Raiological Examination of Acute Intimate Partner Violence Injuries: A Retrospective Analysis of an Italian Cohort of Women. *Violence and Victims*. 2016; 31(1): 85-102.
163. Ochs H, Neuenschwander M, Dodson T. Are head, neck and facial injuries markers of domestic violence? *J Am Dent Assoc*. 1996; 127: 757-761.
164. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010; 12(2): 71-82.
165. Dourado S. Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(9): 2911-2920.
166. Gray-Eurom K, Seaberg D, Wears R. The prosecution of sexual assault cases: correlation with forensic evidence. *Ann Emerg Med*. 2002; 39: 39-46.
167. McGregor M, Dumont J, Myhr T. Sexual assault forensic medical examination: is evidence related to successful prosecution? *Ann Emerg Med*. 2002; 39: 639-647.
168. CGPJ Gdeevdygd. Análisis de las sentencias dictadas en el año 2015, relativas a homicidios y/o asesinatos entre los miembros de la pareja o ex

pareja y de menores a manos de sus progenitores. Consejo General del Poder Judicial; 2017.

169. Campbell J, Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Me*. 2002; 162(10): 1157-1163.

170. Lafaurie-Villamil, MM; Cuadros-Salazar, LL; García-Bocanegra, PA; Hernández-Ayala, IJ; Pulido-Espinosa, JS; Reynales-Triana LF, et al. Violencia de la pareja íntima durante el embarazo y sus repercusiones en la salud mental. *Rev cienc ciudad*. 2015; 12(2): 100-116.

171. Rodríguez M, Valentine J, Son J, Muhammad M. Intimate Partner Violence and Barriers to Mental Health Care for Ethnically Diverse Populations of Women. *Trauma Violence Abuse*. 2009; 10(4): 358-374.

172. Rivara F, Anderson M, Fishman P, Bonomi E, Reid R, Carrell Dea. Helthcare Utilization and Cost for Women with a History of Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med*. 2007; 32: 89-96.

173. Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Xunta de Galicia; 2009.

174. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atem Primaria*. 2014; <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>.

175. Casas JRM. Valoración médico-forense de la mujer maltratada. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36(3): 110-116.

176. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE de 16 de septiembre de 2006.

[Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>]

177. Médicos CGdCOd. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. 2011.

178. Thomas I. Against the Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence. *Virtual Mentor*. 2009; 11(2): 137-140.

179. Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. 2007; 21(4): 273-277.

180. Palomo M. Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato ¿Debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente? *Semergen*. 2004; 30(2): 68-71.

181. Sachs C. Mandatory reporting of injuries inflicted by intimate partner violence. *Virtual Mentor*. 2007; 9(12): 842-845.

182. Martínez M. Valoración médico-legal de la violencia: de la violencia intrafamiliar a la violencia de género. *An Real Acad Med Cir Vall*. 2005; 52: 101-107.

183. Rodríguez S. La prueba en los supuestos de violencia de género. Τέλος *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*. 2011; XVIII/1-2: 231-246.

184. Guía y Manual de Valoración Integral de la Violencia de Género y Doméstica. Boletín informativo. Madrid: Boletín de Información del Ministerio de Justicia; 2005.

185. Protocolo médico-forense de valoración urgente del riesgo de violencia de género. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica; 2011.

186. Grupo de expertas y expertos en violencia doméstica y de género del CGPJ. Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Madrid; 2016.

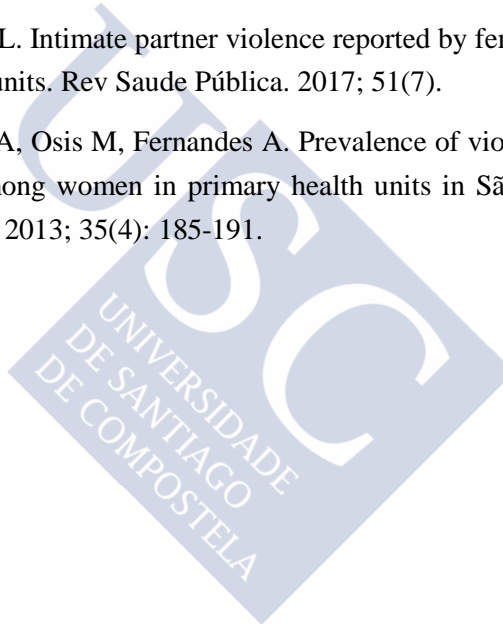
187. Arroyo A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria*. 2000; 26: 255-260.
188. Novo M, Seijo D. Judicial judgment-Making and legal criteria of testimonial credibility. *Eur J Psychol Appl L*. 2010; 2: 91-115.
189. Larrauri Pijoan E. ¿Por qué retiran las mujeres maltratadas las denuncias? *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2º época. 2003; 12: 271-307.
190. Quintero-Verdugo M. La realidad jurídico-social de los delitos de violencia de género. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social*. 2011; 4: 25-32.
191. Cubells J, Calsamiglia A, Albertín P. El ejercicio profesional en el abordaje de la violencia de género en el ámbito jurídico-penal: un análisis psicosocial. *Anales de psicología*. 2010; 26(1): 369-377.
192. Piñeiro I. La víctima de la violencia de género y la dispensa del artículo 416 de la LECRIM. *Revista jurídica de Castilla y León*. 2011; 24: 91-116.
193. Sibony R, Serrano-Ochoa M, Reina-Taranzo O. La prueba y la dispensa del deber de declarar por la testigo en los procesos de violencia de género. *La Toga*. 2011; 182: 13-22.
194. Torrubiano-Domínguez J, Vives-Cases C, San-Sebastián M, Sanz-Barbero B, Goicolea L, Álvarez-Dardet C. No effect of unemployment on intimate partner-related femicide during the financial crisis: a longitudinal ecological study in Spain. *BMC Public Health*. 2015; 15: 990.
195. Instituto Nacional de Estadística (INE). Consultado en <http://www.ine.es/>
196. Saddki N, Suhaimi A, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*. 2010; 10: 268.

197. Instituto Galego de Estatística (IGE). Consultado en <https://www.ige.eu/web/index.jsp?paxina=001&idioma=gl>.
198. de Macedo Bernardino I, Santos L, Ferreira A, de Almeida Lima T, da Nóbrega L, d'Avila S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med*. 2018; 4(31): 1-6.
199. Alzahrani T, Abaalkhail B, Ramadan I. Prevalence of intimate partner violence and its associated risk factors among Saudi female patients attending the primary healthcare centers in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016; 37(1): 96-99. doi: 10.15537/smj.2016.1.13135.
200. Tu X, Lou C. Risk factors associated with current intimate partner violence at individual and relationship levels: a cross-sectional study among married rural migrant women in Shanghai, China. *BMJ Open*. 2017; 7: e012264. doi:10.1136/bmjopen-2016-012264.
201. Stockman J, Lucea M, Bolyard R, Bertand D, Callwood G, Sharps P, et al. Intimate partner violence among African American and African Caribbean women: prevalence, risk factors, and the influence of cultural attitudes. *Glob Health Action*. 2014; 7: 24772. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24772>.
202. Rasch V, Van T, Nguyen H, Manongi R, Mushi D, Meyrowitsh D, et al. Intimate partner violence (IPV): The validity of an IPV screening instrument utilized among pregnant women in Tanzania and Vietnam. *PLoS ONE*. 2018; 13(2): e0190856. <https://doi.org/10.1371/journal>.
203. Organización Mundial de la Salud. Violencia infligida por la pareja y alcohol. Consultado en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/violenciaPareja.pdf>.

204. Pazos M, Oliva A, Hernando A. Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y dolescentes. *Rev Latinoam Psicol.* 2014; 46(3): 148-159.
205. Muñoz-Rivas M, Graña J, O'Leary K, González M. Aggression in Adolescent Dating Relationships: Prevelence, Justification, an Health Consequences. *Journal of Adolescent Health.* 2007; 40: 298-304.
206. Boira S, Tomás-Aragonés L. Características psicológicas y motivación para el cambio en hombres condenados por violencia contra la pareja. *International Journal of Psychological Research.* 2011; 4(2): 48-56.
207. Vargas V, Lila M, Catalá-Miñana A, Gracia E. Españoles e Inmigrantes Latinoamericanos condenados por violencia de género: ¿Existe un perfil diferencial?. *Acción Psicológica.* 2017; 14(2): 51-68.
208. Campbell J, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry Mea. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J of Public Health.* 2003; 93(7): 1089-1097.
209. Expósito F, Ruiz S. Reeducción de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Psychosocial Intervention.* 2010; 19: 145-151.
210. Savall F, Lechevalier A, Hérin F, Vergnault M, Norbert T, Bartoli C. A ten-year experience of physical Intimate partner violence (IPV) in a French forensic unit. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2017; 46: 12-15.
211. Wong JH, Choi AM, Fong DT, Choi E, Wong JS, So F, et al. A comparison of intimate partner violence and associated physical injuries between cohabitating and married women: a 5-year medical chart review. *BMC Public Health.* 2016; 16: 1207.
212. Sorenson S. Guns in Inimate Partner Violence: Comparing Incidents by Type of Weapon. *Journal of Women's Health.* 2017; 26(3): 249-258.

213. Arce R, Fariña F. Evaluación psicológico-forense de la credibilidad y daño psíquico mediante el Sistema de Evaluación Global. En; Rivas R, Barrios G. Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense. Navarra: Thomson Aranzadi; 2007. 411-441.
214. Arce R, Vilariño M, Alonso M. Estudio de sentencias de violencia de género con menores implicados: Carga de la prueba y decisiones sobre menores. En: I Congreso Multidisciplinar sobre Interferencias Parentales tras la Ruptura de la Pareja; 2008; Santiago de Compostela.
215. Rivas E, Bonilla E, García B. Influencia de la necesidad económica en los rocesos de interposición de denuncias en víctimas de violencia de género en contextos de pobreza. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2017; 5: 57-65.
216. Guidín Rodríguez-Magariños F. El silencio procesal de las víctimas: ¿caballo de troya para futuros maltratos? *Actualidad Jurídica Aranzadi*. 2009; 769: 1-9.
217. Cruz Márquez B. Género y tipo de relación como fundamento del régimen de protección reforzado de la LO1/2004, de Protección Integral contra la violencia de género. *Estudios penales y criminológicos*. 2010; XXX: 85-120.
218. Herrera M, Amor P. Vulneración de las órdenes de protección por parte de hombres condenados previamente por violencia de pareja. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2017; 27: 1-8.
219. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. Protection Orders and Intimate Partner Violence: An 18-Month Study of 150 Black, Hispanic, and White Women. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(4): 613-618.
220. Russel B. Effectiveness, Victim Safety, Characteristics, and Enforcement of Protective Orders. *Partner Abuse*. 2012; 3(4): 531-552.

221. Al-Fawal Portal M. Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental Barcelona: Bosch; 2013.
222. Grisso J, Schwarz D, Hirschinger N, Sammel M, Brensinger C, Santan J, et al. Violent injuries among women in an urban area. *N Engl J Med.* 1999; 341: 1899-1905.
223. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, que modifica la Ley Orgánica, 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado (España), 283, 26 de noviembre de 2003.
224. Barros C, Schraiber L. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev Saude Pública.* 2017; 51(7).
225. Mathias A, Bedone A, Osis M, Fernandes A. Prevalence of violence by intimate male partner among women in primary health units in São Paulo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(4): 185-191.



8.

Anexos



8. ANEXOS

8.1. ANEXO I: FOLLAS DE RECOLLIDA DE DATOS

FISCALÍA

DENUNCIA/ ATESTADO/ DECLARACIÓN

Código de referencia interno		Rolo	
Número de exp. Xudicial		Executoria	
Motivo da denuncia			
Fallo			
Extracto: (recompilar todo e marcar aqueles que consultamos)			

A. PERFIL DA VÍTIMA

Fecha de nacemento		Nacionalidade	
Estado civil			
Fecha da agresión		Fecha de denuncia	
Idade no momento da agresión		Idade no momento da denuncia	
Nº de fillos	De outro:	Menoras	
	Do agresor:	Embarazo	
Dirección e tipo de domicilio:			
Profesión:		Nivel socioeconómico:	
Adicións (documentación que o avalan)			
Enfermidades e/ou tratamentos previos			
Estado no momento da agresión (alcohol, drogas...):			

B. PERFIL DEL AGRESOR

Fecha de nacemento		Nacionalidade	
Estado civil			
Fecha da agresión		Fecha de denuncia	
Idade no momento da agresión		Idade no momento da denuncia	
Dirección y tipo de domicilio			
Profesión:		Nivel socioeconómico:	
Adicións (documentación que o avalan)			
Descrición do temperamento			
Enfermidades e/ou tratamentos previos			
Estado no momento da agresión (alcohol, drogas...):			
Antecedentes pensais/policiais:			

FISCALÍA

C. CARACTERÍSTICAS DA RELACIÓN DE PARELLA

Anos de convivencia		Anos de relación	
Duración do maltrato			
Situación no momento da agresión	Convivencia	Parella	Trámites:
	No convivencia	Ex-parella	
Conviven coa parella	Si		Non
Conviven cos fillos	Si		Non
Outros:			

D. CARACTERÍSTICAS DO MOMENTO DA AGRESIÓN

Lugar (especificar):		
Testemuñas:	Menores	Outras persoas:
Uso de armas o instrumentos (especificar)		
Características:		

E. FEITOS PROBADOS *(resumir datos importantes)***F. ESCRITO DE ACUSACIÓN** *(resumir datos importantes)***D. TESTIFICAL** *(resumir datos importantes)***H. HISTORIAL DE LESIÓNS PREVIAS** *(resumir datos importantes)*

FISCALÍA

PARTE DE LESIONES/INFORME DE URGENCIAS

Código de referencia interno		Rolo	
Número de exp. Xudicial	F:	Executoria	

Tipo de informe:	PL	PX	INF 1ª asis	Día da semana:	
Lugar de asistencia:				Momento da asistencia:	Mañá
Centro de saúde	Urxencias	Atención especializada:			Tarde
					Noite
Descrición detallada das lesións					
Tipo:				Tamaño:	
Forma:				Localización:	
Número:	Dolor:	Color:		Evolución:	
Descrición dos feitos:					
Asistencia prestada (exploración, probas complementarias)					
Diagnóstico:					
Prognóstico:					
Tratamento prescrito:					
Observacións (da vítima, testemuñas, acompañantes...)					
Acompañantes da vítima	Agresor		Familiares:	Outros:	
Adxunto outro informe:				Si	Non
Especificación dun caso de violencia de xénero				Si	Non
Estado emocional da vítima:				Si	Non
Nome das agresións previas				Si	Non
Ingreso hospitalario				Si	Non

VALORACION			
Lexible	Difícil de ler	Illexible	Ordenador
Calidade do documento:	Completo	Borroso	Faltan copias
Utilización de abreviaturas que dificultan a interpretación:		Si	Non
Datos da vítima:		Si	Non
Datos do agresor:		Si	Non
Fecha e hora da agresión:		Si	Non

FISCALÍA

INFORME PERICIAL

Código de referencia interno		Rolo	
Número de exp. xudicial	F:	Executoria	

¿Hai informe pericial? Si Non		Fecha:		
Inicial	IMELGA	Seguimento	De Sanidade	Alta Psicolóxico
Antecedentes relevantes:				
Descrición dos feitos				
Descrición de las lesiones		Físicas:		
		Psicolóxicas:		
Tratamentos indicados y aplicados				
Datos de la exploración actual:				
Grao de compatibilidade das lesións cos feitos referidos pola vítima:				
Días de hospitalización		Días de incapacidade temporal		Prognóstico
Días previstos/empregados na curación		Secuelas		
O informe foi elaborado		En base á exploración física da vítima		
		En base ao estudo de documentos elaborados inmediatamente trala agresión		
		Ambos		

AGRESION SEXUAL				
Descrición dos Feitos				
Tipo de agresión:	Penetración vaginal	Penetración anal	Penetración bucal	Outros:
Aspecto do agresor (normal, borracho...				
Reacción da agredida				

HISTORIAL DE AGRESIONES PREVIAS

Número de Fiscalía:

Número de Xulgado:

Número de Executoria:

A.- FORMA DE INICIACIÓN DO PROCESO

(MARCAR CUNHA CRUZ)

Denuncia presentada directamente pola vítima	
Denuncia presentada por familiares	
Denuncia presentada por terceiros	
Atestado policial con denuncia da vítima	
Atestado policial con denuncia de familiares	
Atestado policial por intervención directa policial	
Parte de lesións	
Outros (especificar)	

ESCRITO DE CALIFICACIONES DEL FISCAL

A.- CALIFICACIÓN DE LOS HECHOS

A.1.- Tipo Aplicado

Delito de lesións -art. 147 CP	
Delito de maltrato ocasional -art. 153 CP	
Delito de maltrato habitual -art. 173.2	
Delito de homicidio -art. 138 CP	
Delitos de asesinato -art. 139 CP	
Delito contra a liberdade sexual -art. 178 a 194 CP (especificar)	
Delito de ameazas -art. 169 CP	
Falta de ameazas -art. 620 CP	
Delito de coaccións -art. 172 CP	
Delito de quebrantamento -art. 468 CP	
Outros	

A.2.- Delito de lesións

Clases de lesións	
Físicas (especificar)	
Psíquicas (especificar)	

Cualificación das lesións	
Graves	
Menos graves	
Leves	

A.3.- Delito de maltrato ocasional

Clases de maltrato	
Lesión non definida como delito	
Menoscabo psíquico	
Maltrato de obra	

A. 4.- HABITUALIDADE DA VIOLENCIA

Numero de actuacións violentas acreditadas	
--	--

FORMAS DE ACREDITALO

Actos de violencia física	Por condena anterior	
	Por declaración da vítima	
	Por denuncia interposta pola vítima	
	Por declaración de testemuñas	
	Por parte de lesións	
	Por outros medios de proba (especificar)	
Actos de violencia psíquica	Por condena anterior	
	Por declaración da vítima	
	Por denuncia interposta pola vítima	
	Por declaración de testemuñas	
	Por informe parte de lesións	
	Por outros medios de proba (especificar)	

Persoas sobre as que recaeron as actuacións violentas

Mesma persoa (especificar)

Diversas persoas do núcleo familiar (especificar)

ARGUMENTOS DO FISCAL PARA A CUALIFICACION**MEDIDAS CAUTELARES****ARGUMENTOS DO FISCAL PARA A IMPOSICION MEDIDAS CAUTELARES****ARGUMENTOS DO XUIZ PARA A IMPOSICION MEDIDAS CAUTELARES****SENTENCIA DE 1ª INSTANCIA**

Código de Referencia Interno:

A.- FORMAS DE TERMINACIÓN

Formas de terminación del proceso		
Sentencia absolutoria (especificar motivos)	Con conformidade	
	Sen conformidade	
Sentencia condenatoria	Libre (especificar motivos)	
	Provisional (especificar motivos)	
Por outras causas (especificar)		

B.- Fallo:

B.1.- Tipo Aplicado

Delito de lesiones - art. 147 CP	
Delito de maltrato ocasional- art. 153 CP	
Delito de maltrato habitual- art. 173.2 CP	
Delito de homicidio -art. 138 CP	
Delitos de asesinato -art. 139 CP	
Delito contra a liberdade sexual -art. 178 a 194 CP (especificar)	
Delito de ameazas - art. 169 CP	
Falta de ameazas -art. 620 CP	
Delito de coacciones- art. 172 CP	
Delito de quebrantamento - art. 468 CP	
Outros	

B.2.- Delito de lesiones

Clases de lesiones	
Físicas (especificar)	
Psíquicas (especificar)	
Cualificación das lesións	
Graves	
Menos graves	
Leves	

B.3.- Delito de maltrato ocasional

Clases de maltrato	
Lesión non definida como delito	
Menoscabo psíquico	
Maltrato de obra	

B.3.- HABITUALIDAD DA VIOLENCIA

Numero de actuacións violentas acreditadas	
--	--

FORMAS DE ACREDITARLOS

Actos de violencia física	Por condena anterior	
	Por declaración da vítima	
	Por denuncia interposta pola vítima	
	Por declaración de testemuñas	
	Por parte de lesións	
	Por outros medios de proba (especificar)	
Actos de violencia psíquica	Por condena anterior	
	Por declaración de la vítima	
	Por denuncia interposta pola vítima	
	Por declaración de testemuñas	
	Por parte de lesións	
	Por outros medios de proba (especificar)	

Persoas sobre as que recaeron as actuacións violentas

Mesma persoa (especificar)	
Diversas persoas do núcleo familiar (especificar)	

DELITOS EN CONCURSO CO MAL TRATO HABITUAL

DELITOS EN CONCURSO CO MAL TRATO HABITUAL	
Maltrato ocasional	
Ameazas	
Falta de lesiones	
Delito de lesiones	
Coacciones	
Delitos contra a libertad sexual (especificar)	
Homicidio	
Asesinato	
Otros (especificar)	

Expediente utilizado para resolver o concurso

Concurso real	
Concurso ideal	

F.2. - Circunstancias EXIMENTES, ATENUANTES Y AGRAVANTES

EXIMENTES (especificar)	Art. 20.1 CP	
	Art. 20.2 CP	
	Art. 20.3 CP	
	Art. 20.4 CP	
	Art. 20.5 CP	
	Art. 20.6 CP	
	Art. 20.7 CP	

ATENUANTES (especificar)	Art. 21.1 CP	
	Art. 21.2 CP	
	Art. 21.3 CP	
	Art. 21.4 CP	
	Art. 21.5 CP	
	Art. 21.6 CP	

AGRAVANTES (especificar)	Art. 22.1 CP	
	Art. 22.2 CP	
	Art. 22.3 CP	
	Art. 22.4 CP	
	Art. 22.5 CP	
	Art. 22.6 CP	
	Art. 22.7 CP	
	Art. 22.8 CP	
	Art. 23 CP	

8.2. ANEXO II: CONVENIO FISCALÍA-USC

2012 - CP085



**CONVENIO REGULADOR DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO ENTRE LA
FISCALÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA Y LA
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.**

En Santiago de Compostela, a 26 de Febrero de 2013

REUNIDOS

De una parte, el Excmo. Sr. D. Carlos Varela García, Fiscal Superior de la Comunidad Autónoma de Galicia, autorizado para la firma del presente convenio por decreto del Fiscal General del Estado de fecha 10 de enero de 2013, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 11.3 del Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal.

Y de otra, el Excmo. Sr. D. Juan Casares Long, Rector Magnífico de la Universidad de Santiago de Compostela (en adelante USC), con dirección a efectos de este convenio en el Colegio de San Xerome, Plaza del Taller s/n (Santiago de Compostela), actuando en nombre y representación de esta entidad, en virtud de las facultades que le otorga el artículo 20.1 de la Ley Orgánica 6/2001, del 21 de diciembre, de Universidades.

Ambas partes se reconocen recíprocamente la capacidad legal necesaria para obligarse.

EXPONEN



PRIMERO.- Que la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Galicia necesita realizar un estudio sobre determinados aspectos médico-legales y jurídico penales de la violencia de género con la finalidad de adoptar medidas organizativas y de gestión que mejoren la eficacia del servicio en la Comunidad Autónoma gallega.

SEGUNDO.- Que la USC es una entidad de derecho público que está desarrollando una línea de investigación sobre los aspectos médico-legales y jurídico-penales de la violencia de género, que se enmarca dentro de los Proyectos FEM 2010-22350-C02-01 y FEM 2010-22350-C02-02 financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación y cuya finalidad es contribuir al conocimiento de la realidad de la violencia de género desde los campos de la Medicina legal y del Derecho penal. La violencia de género constituye un gravísimo problema social de múltiples y diferentes dimensiones, que requiere para su abordaje la implementación de actuaciones multidisciplinares. La coordinación entre la Medicina Legal y el Derecho penal es clave para realizar una instrucción completa y un correcto enjuiciamiento penal.

TERCERO.- Que las partes, en el ejercicio de las competencias que tienen atribuidas, firman el presente convenio que se registrá de acuerdo con las siguientes



CLÁUSULAS

PRIMERA.- OBJETO DEL CONVENIO.

El objeto del presente convenio es regular la prestación por parte de la USC de servicios de investigación en materia de violencia de género a la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Galicia, a petición de esta última.

SEGUNDA.- CONTENIDO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

El trabajo de investigación tendrá como finalidad el estudio de aquellos aspectos médico-legales y jurídico penales de la violencia de género que las partes establezcan de común acuerdo y que se harán constar en la memoria científico-técnica que se incorpora como anexo a este convenio que especificará, así mismo, los plazos y la forma en que se realizarán los trabajos.

La investigación será realizada por los investigadores de la USC designados en la memoria, coordinados por los profesores María Sol Rodríguez Calvo, del Departamento de Anatomía Patológica y Ciencias Forenses y Fernando Vázquez-Portomeñe Seijas, del Departamento de Derecho Público Especial. Los investigadores de la USC que lleven a cabo las tareas objeto de este convenio no tendrán en ningún caso vinculación o relación laboral alguna con la Fiscalía.

El objeto de la investigación serán los expedientes obrantes en la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela y el acceso a los mismos se realizará en el número y en la forma que la Fiscalía determine, dentro de sus posibilidades personales, materiales y de espacio.



TERCERA.- PROTECCIÓN DE DATOS.

La USC como encargado del tratamiento de los datos y de acuerdo con el art. 12 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, únicamente los tratará conforme a las instrucciones de la Fiscalía y no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en este convenio y en su memoria anexa, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.

La memoria anexa a este convenio establecerá las medidas de índole técnica y organizativas que conforme al art. 9 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la USC está obligada a implementar como encargada del tratamiento, para garantizar la seguridad de los datos de carácter personal y evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado. Los investigadores que participen en el proyecto deberán firmar un compromiso de confidencialidad. Toda la información a la que accedan los investigadores tendrá carácter reservado y deberá tratarse de modo que excluya cualquier conducta o actitud que pueda conllevar su revelación o facilitar el conocimiento por terceros no autorizados.

Una vez cumplida la prestación de servicios objeto de este convenio, los datos de carácter personal deberán ser destruidos o devueltos a la Fiscalía, al igual que cualquier soporte o documentos en que conste algún dato de carácter personal objeto del tratamiento que permita la identificación de los mismos.

En ningún caso podrán sacarse expedientes de la Fiscalía fuera de sus instalaciones.



CUARTA.- OBLIGACIONES DE LA USC.

La USC, a través de los investigadores designados para este proyecto, asume las obligaciones que se relacionan a continuación:

- 1.- Remitir a la Fiscalía un listado de los investigadores integrados en el proyecto y que van a desarrollar las tareas objeto de este convenio en la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela.
- 2.- Mantener absoluta reserva sobre los acontecimientos y los documentos de la Fiscalía, respetando en todo caso el compromiso de confidencialidad.
- 3.- Extraer el máximo de rendimiento posible, en el terreno de la investigación, de las posibilidades que ofrece la colaboración con la Fiscalía.
- 4.- Respetar los reglamentos y las normas de la Fiscalía.
- 5.- Hacer constar la colaboración de la Fiscalía en toda la información que se difunda sobre los cursos o actividades científicas organizadas en el marco de los Proyectos o publicaciones a los que la investigación pueda dar lugar.

QUINTA.- OBLIGACIONES DE LA FISCALÍA.

La Fiscalía pondrá a disposición de los investigadores los expedientes que serán objeto de estudio por los mismos, dentro de sus posibilidades personales y materiales y adoptando las medidas necesarias para que el servicio no se vea afectado.



SEXTA.- DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.

El resultado de la investigación será propiedad de la Fiscalía y la USC le hará entrega del mismo en la forma y plazos que establezca la memoria anexo a este Convenio.

No obstante, una vez disociados los datos personales, la USC podrá utilizar el resultado de la investigación para fines docentes y de investigación y realizar cuantas publicaciones estime convenientes a dichos fines. En las publicaciones que se realicen la USC deberá hacer mención a la Fiscalía.

SÉPTIMA.- FINANCIACIÓN.

El presente convenio no dará lugar a contraprestaciones financieras entre las Partes, las cuales asumirán los costes de las actuaciones que deben realizar según lo establecido en el mismo.

OCTAVA.- VIGENCIA DE CONVENIO.

El convenio entrará en vigor inmediatamente después de su firma y expirará el 31 de diciembre de 2013. Podrá prorrogarse anualmente, hasta la consecución de los objetivos previstos. La prestación de servicios se iniciará en el momento y en la forma que las partes establezcan en la memoria anexo.

El convenio podrá ser resuelto por cualquiera de las siguientes causas:

- Por el mutuo acuerdo de las partes.
- Por incumplimiento total o parcial de alguna de sus cláusulas.

Las partes podrán denunciar o modificar el presente convenio en cualquier momento de mutuo acuerdo.



Cualquiera que sea la causa de finalización del contrato, cancelación, rescisión o fin del periodo de vigencia acordado, no supondrá para ninguna de las partes la terminación de los acuerdos y obligaciones contraídos en el mismo.

NOVENA.- COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

Al objeto de impulsar las actuaciones previstas en este Convenio y garantizar su desarrollo integral se crea una Comisión de Seguimiento que estará integrada por dos representantes de cada una de las partes y que serán designados en la memoria anexa al Convenio.

La Comisión de Seguimiento podrá ser convocada por cualquiera de sus miembros, indicando los asuntos a tratar en la misma y en ella se resolverán las dudas que pudieran surgir en la interpretación de las cláusulas de este Convenio.

DÉCIMA.- NATURALEZA DEL PRESENTE CONVENIO Y JURISDICCIÓN.

Este convenio tiene naturaleza administrativa y se encuentra excluido del ámbito de aplicación de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, conforme a lo previsto en su art. 4.1 c).

Las cuestiones litigiosas surgidas sobre la interpretación, ejecución, modificación, resolución y efectos que pudieran derivarse de la aplicación del presente Convenio deberán solventarse de mutuo acuerdo de las partes en el seno de la Comisión de Seguimiento constituida. Sino resultara posible alcanzar dicho acuerdo, las cuestiones litigiosas serán de conocimiento y competencia del orden jurisdiccional Contencioso-Administrativo, de conformidad con lo previsto en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de dicha jurisdicción.



De conformidad con cuanto antecede, en el ejercicio de las atribuciones de que son titulares los firmantes, y obligando con ello a las instituciones que representan, suscriben por duplicado la presente Adenda en la fecha y lugar al principio indicadas

FISCAL SUPERIOR DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DE GALICIA

RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Índice de figuras





ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Tipos de violencia contra a muller.....	25
Figura 1.2. Principais modificacións penais da LOVX.....	42
Figura 1.3. O efecto iceberg da violencia de xénero.....	49
Figura 1.4. Prevalencia da violencia de xénero.....	51
Figura 1.5. Prevalencia dos distintos tipos de violencia en España e na Unión Europea.....	52
Figura 1.6. Taxa de mulleres vítimas de violencia de xénero por cada 10.000 mulleres no ano 2017 en España e nas Comunidades Autónomas.....	54
Figura 1.7. Prevalencia de homicidios por violencia de xénero entre a totalidade de homicidios femininos	56
Figura 1.8. Evolución das vítimas mortais por violencia de xénero en España e Galicia entre os anos 2006 e 2017	57
Figura 1.9. Evolución das vítimas mortais por violencia de xénero en España que interpuxeron ou non denuncia entre os anos 2006 e 2017.	57
Figura 1.10. Factores de risco da violencia de xénero.	60
Figura 1.11. Violencia de xénero: vías e efectos na saúde.....	89
Figura 1.12. Efectos da violencia de xénero na saúde da muller.	93
Figura 1.13. Fillos/as ante a violencia de xénero sufrida pola nai.	97
Figura 1.14. Efectos da violencia de xénero nos fillos/as.	98
Figura 1.15. Servizos de axuda aos que acoden as mulleres que sofren violencia de xénero.....	100

Figura 1.16. Dificultades para a detección sanitaria da violencia de xénero.....	104
Figura 1.17. Indicadores de sospeita da violencia de xénero	106
Figura 1.18. Valoración do maltrato.....	107
Figura 1.19. O proceso de cambio das mulleres e actuación profesional...	109
Figura 1.20. Eixes da valoración forense integral.	117
Figura 1.21. Distribución das denuncias segundo a súa presentación no ano 2017.....	123
Figura 1.22. Motivos polos cales as vítimas retiraron a denuncia.....	124
Figura 3.1. Exemplo Cálculo ISS	164
Figura 3.2. Exemplo cálculo NISS	165
Figura 3.3. Variables elixidas para o estudo comparativo.....	168
Figura 4.1. Estado de saúde da muller.....	182
Figura 4.2 Estado de saúde do presunto agresor.....	185
Figura 4.3.Características da personalidade do presunto agresor.....	186
Figura 4.4. Antecedentes penais e policiais do presunto agresor.....	187
Figura 4.5. Tipo de violencia.....	190
Figura 4.6. Casos presenciados por testemuñas	192
Figura 4.7. Consecuencias da agresión.....	194
Figura 4.8. Secuelas.....	197
Figura 4.9. Localización das lesións segundo as rexións corporais ISS...	201
Figura 4.10. Localización das lesións da rexión corporal externa.....	202
Figura 4.11. Documentos relacionados coa primeira asistencia.....	205
Figura 4.12. Procedencia dos documentos sanitarios.....	206
Figura 4.13. Cualificación da calidade dos documentos segundo a puntuación do baremo.....	209
Figura 4.14. Tipos de informes periciais nos expedientes.....	211
Figura 4.15. Comportamento da muller durante o proceso xudicial.	215

Figura 4.16 .Fallo xudicial.	218
Figura 4.17. Sentenzas recorridas.	219
Figura 4.18. Tipos de mulleres segundo o fallo xudicial	257
Figura 4.19. Tipos de homes segundo o fallo xudicial.....	258
Figura 4.20. Tipos de homes segundo a existencia ou non de agresión física.....	260
Figura 4.21. Tipos de homes segundo a existencia ou non de agresión psíquica.....	261
Figura 4.22. Tipos de maltrato segundo a convivencia ou non da parella .	264
Figura 4.23. Tipos de maltrato segundo os anos de convivencia	265
Figura 4.24. Tipos de maltrato segundo a existencia ou non de lesión física.....	267
Figura 4.25. Tipos de lesións segundo se precisaron ou non tratamento	267
Figura 4.26. Tipos seguimento medicolegal segundo o fallo xudicial	268
Figura 4.27. Tipos de rol da muller durante o xuízo segundo o fallo xudicial	269



Índice de táboas





ÍNDICE DE TÁBOAS

Táboa 1.1.	Principios reitores da LOVX.	35
Táboa 1.2.	Evolución penal dos delitos de maltrato ocasional e habitual	44
Táboa 1.3.	Número de denuncias por violencia de xénero en España e Galicia entre os anos 2009-2016.....	53
Táboa 1.4.	Condições que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres que conviven no medio rural	65
Táboa 1.5.	Condições que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres inmigrantes.	66
Táboa 1.6.	Condições que determinan unha especial vulnerabilidade das mulleres con discapacidade	68
Táboa 1.7.	Características de personalidade do agresor que son indicadores de risco	71
Táboa 1.8.	Prevalencia dos tipos de maltrato segundo os diversos estudos	83
Táboa 1.9.	Datos que debe conter un parte de lesións ou un informe médico ante un caso de violencia de xénero.....	112
Táboa 1.10.	Razóns polas que as mulleres non denuncian.	121
Táboa 1.11.	Número de denuncias por violencia de xénero presentadas polas vítimas en España entre o 2009 e o 2017.	123
Táboa 3.1.	Gravidade das lesións segundo a escala AIS.	163
Táboa 3.2.	Escala de calidade dos partes de lesións en violencia de xénero	166
Táboa 4.1.	Número de casos por ano.....	177
Táboa 4.2.	Características da muller.....	179

Táboa 4.3. Número fillos total e segundo a paternidade.....	180
Táboa 4.4. Abuso de sustancias por parte da muller.....	181
Táboa 4.5. Características do presunto agresor.....	184
Táboa 4.6. Abuso de sustancias por parte do presunto agresor	185
Táboa 4.7. Características da relación de parella.....	188
Táboa 4.8. Duración da violencia	189
Táboa 4.9. Características dos mecanismos lesivos.....	191
Táboa 4.10. Lugar onde se produciu a agresión.	192
Táboa 4.11. Consumo de sustancias no momento da agresión	193
Táboa 4.12. Características das lesións físicas	195
Táboa 4.13. Días de curación e de baixa.....	196
Táboa 4.14. Descrición das lesións segundo o código AIS.	198
Táboa 4.15. Cálculo das escalas AIS, MAIS, ISS e NISS	200
Táboa 4.16. Características da asistencia sanitaria	203
Táboa 4.17. Aplicación do Baremo de Calidade	207
Táboa 4.18. Puntuacións obtidas tras aplicar a escala.	208
Táboa 4.19. Cumprimento de outros criterios de calidade.....	210
Táboa 4.20. Contido dos informes periciais	211
Táboa 4.21. Presenza nos expedientes de outros informes	212
Táboa 4.22. Formas de iniciación do proceso.....	214
Táboa 4.23. Cualificación xurídica dos feitos.....	216
Táboa 4.24. Medidas de protección da vítima	217
Táboa 4.25. Circunstancias que modifican ou modifican a responsabilidade penal.....	219
Táboa 4.26. Resultados significativos segundo o fallo xudicial	221
Táboa 4.27. Resultados significativos segundo a nacionalidade da muller	225

Táboa 4.28. Resultados significativos segundo a nacionalidade do presunto agresor.....	230
Táboa 4.29. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte da muller	232
Táboa 4.30. Resultados significativos segundo o tipo de consumo/abuso habitual de sustancias por parte do presunto agresor.....	235
Táboa 4.31. Resultados significativos segundo o consumo de sustancias no momento dos feitos por parte de algún dos implicados	239
Táboa 4.32. Resultados significativos segundo o tipo de sustancia consumida no momento dos feitos por parte do presunto agresor	243
Táboa 4.33. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia	247
Táboa 4.34. Resultados significativos segundo se a muller presenta ou non a denuncia acompañada dun atestado policial	249
Táboa 4.35. Resultados significativos segundo se a muller retira ou non a denuncia.....	251
Táboa 4.36. Resultados significativos segundo se a muller testifica ou non no xuízo	253
Táboa 4.37. Resultados significativos segundo se a muller rectifica/modifica ou non o seu testemuño	254
Táboa 4.38. Resultados significativos segundo se a muller exerce ou non o seu dereito a non declarar	255
Táboa 4.39. Resume do análise tipolóxico realizado mediante as árbores de clasificación.....	256